Nr 51 19. grudnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Roman KOZAKIEWICZ. Warszawa.

Próby skórne z luognostem i luotestem w kile.

Z Kliniki Dermatologicznej U. J. P. w Warszawie.
Kierownik: Prof. dr M. Grzybowski.

Z chwilą wykrycia przez Pirquet'a alergii na tuberkulinę i wartości prób skórnych dla rozpoznania gruźlicy, rozpoczęły się badania w tym kierunku w szeregu ostrych chorób zakaźnych oraz w schorzeniach kiłowych. Używano do tego rozmaitych antygenów, przygotowanych początkowo w taki lub inny sposób z tkanek, obfitujących w krętki blade. Pierwsze spostrzeżenia ogłosił Neisser na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Berlinie dnia 4. III. 1908 roku w referacie „O odczynach skórnych u kiłowych za pomocą wyciągu wątroby kiłowego płodu", uważając, że będą miały wielkie znaczenie w rozpoznawaniu zmian kiłowych. Szereg autorów, jak Nicolas, Favre, częściowo potwierdzają powyższe badania, inni natomiast, jak Ciuff i Bertini nie zdolali ich potwierdzić. Wielką wadą przetworów uzyskanych z tkanek obfitujących w krętki (luetyna narządowa), były odczyny nieswoiste, spowodowane białkiem samego narządu.

Od roku 1911, a zatem od czasu uzyskania czystej hodowli krętka bladego, dokonywa Noguchi badań z wyciągiem tej hodowli, nazywając ją luetyną; wyciąg ten — luetyna hodowlana — nie dawał odczynów nieswoistych, spowodowanych białkiem z narządów; z tego punktu widzenia może on być porównany do tuberkuliny.

Już Noguchi przypisywał odczynom po luetynie pewne prognostyczne dane. Podług niego ujemny odczyn luetynowy w kile surowiczo-ujemnej miał oznaczać wyleczenie; ujemny odczyn Wassermanna we krwi a dodatni odczyn luetynowy — wyleczenie w toku; natomiast dodatni odczyn w surowicy przy ujemnym odczynie luetynowym był przez niego uważany za objaw prognostycznie niekorzystny.

Z kolei były robione próby skórne z wyciągami różnych narządów płodów kiłowych (wątroba, nerki, śledziona, płuca, gruczoły chłonne). Wyniki ich były często rozbieżne. Wyciągi tych narządów dawały duży odsetek nieswoistych odczynów, przyczyny czego dopatrywano się w silnym ukrwieniu pewnych narządów (wątroba), służących za materiał w uzyskiwaniu wyciągów. Z wszystkich wyciągów najlepszym okazał się luotest Müllera i Brandta, sporządzony z kilaków króliczych jąder. W tym preparacie zastąpiono trudny w uzyskiwaniu materiał ludzki przez materiał zwierzęcy.

Badania z luetyną rozpoczęły się w Polsce w r. 1933 dzięki wytworzeniu przez prof. Lenartowicza w klinice lwowskiej luetyny z jąder królików zakażonych krętkami bladymi. Obecnie firma Klawe wyrabia podług metody lwowskiej luetynę narządową, która znajduje się w handlu pod nazwą luognostu.

Dobre wyniki, uzyskane przez Stopczańskiego luotestem, a przez Kwiatkowskiego z luetyną lwowską (luognostem), skłoniły naszą klinikę do sprawdzenia i porównania wartości diagnostycznej odczynów skórnych, uzyskanych luognostem, wyrabianym przez firmę Klawego oraz luotestem wiedeńskim Müllera i Brandta.

Wobec doniosłości przestrzegania prawidłowej techniki dokonywania odczynów i odczytywania wyników omówię po krótce te sprawy. Wstrzyknięcia dokonuje się doskórnie na zewnętrznej powierzchni ramienia, na plecach lub na wewnętrznej powierzchni przedramienia. Z początku robiłem odczyny w skórę pleców i stwierdziłem, że u osobników z cienką, jasną skórą i blondynów próby wypadają wyraźniej. Przy dokonywaniu próby unikać należy urazu, gdyż rozpad tkanki i wynaczynienia powodują zapalne nacieki i utrudniają odczytanie wyników. Przy prawidłowym wykonaniu wstrzyknięcia powstaje biała wyniosłość bąblowata wielkości soczewicy, o powierzchni podobnej do skórki pomarańczowej. Bezpośrednio po wstrzyknięciu luognostu chory odczuwa pieczenie i lekki ból, który czasami trwa do 24 godzin, czego nie spostrzega się po wstrzyknięciu luotestu. Odczyn bezpośredni, występujący po kilkunastu minutach, nie różni się od spostrzeganych po tuberkulinie, trichofitynie lub innych alergenach. Po 24 godzinach po wstrzyknięciu luognostu prawie zawsze występuje rumień o średnicy 1—2—4 cm, nieregularny bez żadnej wyniosłości, znikający po dalszych 24 godzinach. Zjawiska tego nie spostrzega się po luoteście. Za dodatni odczyn luetynowy należy uznać zjawienie się po 24 godzinach ostro odgraniczonego rumienia okrągłego lub owalnego, barwy różowej, o średnicy 2—10 cm, odgraniczonego od skóry prawidłowej bladym pierścieniem; w środku tego rumienia wytwarza się okrągły naciek o średnicy 5—10 mm. Skóra w obrębie rumienia jest obrzękła, nieco wzniesiona ponad poziom i tkliwa na ucisk. Ciepłota w miejscu wstrzyknięcia luognostu jest wyraźnie podniesiona. Zmiany te po dalszych 24 godzinach osiągają szczytu, a następnie stopniowo się zmniejszają. Czasami tworzy się w środku nacieku krostka nekrotyczna i strupek, który po 6—10 dniach odpada. Naciek ulega wessaniu, pozostawiając niekiedy plamy barwikowe. Zapaleń naczyń chłonnych ani odczynów późnych, zgodnie ze spostrzeżeniami Stopczańskiego i Kwiatkowskiego, nie zauważyłem. W kilku przypadkach wytworzyło się w miejscu wstrzyknięcia drobne owrzodzenie, podobne owrzodzenia wystąpiły równocześnie i po luoteście. Kontrola z płynem fizjologicznym ma być zawsze ujemna.

Jako odczyn „pozorny" uważa Kwiatkowski rumień występujący na drugi dzień po wstrzyknięciu, dookoła miejsca wkłucia, kształtu nieregularnego i nie ostro odgraniczony, o średnicy 1—2 cm, znikający w następnym dniu, lub guzek o średnicy 2—3 mm, płaski, powstający w 24 godz. po wstrzyknięciu i utrzymujący się przez 2—3 dni. Otrzymał on taki odczyn „pozorny" w 8 wypadkach, w moich badaniach liczba odczynów pozornych jest większa. Nigdy nie uwzględniałem ich w grupie odczynów dodatnich; zaznaczę, że odczyn ten występował wyłącznie po luognoście. Niewątpliwie dodatni odczyn powinien trwać przynajmniej przez 3 dni, na co wyraźnie Planner kładzie nacisk. Reasumując: jako wynik silnie dodatni uważałem występujący po 24 godzinach naciek o średnicy 5—10 mm, otoczony rumieniem okrągłym lub owalnym, ostro odgraniczonym, barwy różowej, o średnicy 2—8 cm, a czasem do 10 cm, określam taki wynik jednym plusem (+). Jako odczyny wątpliwe uważam odczyny niewyraźnie wykształcone lub z rumieniem i naciekiem znikającym już po 24 godzinach; takie wyniki określałem jako minus (—).

Materiał nasz obejmuje 166 chorych, w tym 116 chorych z różnych okresów kiły, 30 chorych rzeżączkowych i 20 chorych ze schorzeniami skórnymi (*eczema, urticaria, toxicodermia*). We wszystkich przypadkach wykonywałem odczyny z luognostem i luotestem przez wstrzyknięcie doskórne luognostu lub luotestu w ilości 0,1 cm^3 na wewnętrznej powierzchni przedramion oraz kontrolne wstrzyknięcie takiej samej ilości płynu fizjologicznego. Równocześnie przeprowadziłem próby naskórkowe z poprzednią skaryfikacją skóry nożykiem, co dotąd nie było dokonywane z luetyną, a sądząc z analogii z gruźlicą, może mieć duże znaczenie. Poza tym chciałem się przekonać, czy luetyna, podobnie, jak tuberkulina zagęszczona, nałożona pałeczką szklanną na zewnętrzną powierzchnię powiek, wywoła odczyn. Okazuje się bowiem, że tuberkulina wtarta u osobników gruźliczych w powiekę wywołuje po 24 godzinach obrzęk i znaczne zaczerwienienie, drobne pęcherzyki oraz grudki wielkości główki od szpilki; ta modyfikacja próby tuberkulinowej okazuje się niekiedy bardziej czułą w gruźlicy skóry od próby klasycznej, podług Mantou i Pirquet'a.

Jak wiadomo, prace Kallosa wykazały, że odczyny tuberkulinowe metodami Mantou i Pirquet'a wykazują istnienie hiperergii gruźliczej u osobników zakażonych prątkiem, nie posiadają one natomiast wartości lokalizacyjnych. Próba naskórkowa Kallosa i jej modyfikacja powiekowa daje wynik dodatni wyłącznie u osobników z gruźlicą skóry, posiada ona zatem wartość lokalizacyjną; można przeto powiedzieć, że próba Kallosa wykazuje swoistą hiperergię skórną w przypadkach gruźlicy tego narządu. Doświadczenia nasze wykazały jednakże,

że nie zachodzi tu podobieństwo z tuberkuliną, bowiem próby naskórkowe i powiekowe wykonane z luognostem i luotestem wypadły ujemnie; nawet kilkakrotne smarowanie luetyną tej samej powieki przez kilka dni dało wynik zupełnie ujemny, nawet w przypadkach, gdzie próby wśródskórne były dodatnie. Próba ta (sumacyjna) w gruźlicy wypada z tuberkuliną często dodatnio.

Odczyny luetynowe są, jak się zdaje, dosyć swoiste, bowiem 30 badań na osobnikach niekiłowych, przeprowadzonych w przychodni rzeżączkowej nie dały ani jednego odczynu dodatniego. Z 20 następnych badań kontrolnych w jednym przypadku grzybicy twarzy otrzymałem odczyn nieswoisty.

U tego chorego wystąpiły objawy ogólne w postaci podniesienia ciepłoty, pojawienia się nagle na całym ciele swędzącej osutki plamistej. Dla wyjaśnienia tego paradoksalnego odczynu wykonałem u tego chorego szereg prób doskórnych z innymi alergenami i przekonałem się, że istniało u niego wieloważne uczulenie.

Poniższa tablica ilustruje wyniki uzyskane u osobników kiłowych. Badania moje przeprowadzone zostały na 116 osobnikach kiłowych rozmaitych okresów.

Postać kiły	Liczba przyp.	Odczyny luognost	luotest	luognost po 24 godz.	luotest po 24 godz.	luognost po 48 godz.	luotest po 48 godz.
		—	—	+	+	+	+
L. I.	3	2	2	—	—	1	1
L. II.	43	35	41	6	0	2	2
L. lat.	10	6	7	1	0	3	3
L. III.	20	7	6	—	—	13	14
Metalues et lues cerebro-spin.	20	10	15	5	0	5	5
L. cong.	20	7	7	—	—	13	13

Swoista alergia u kiłowych rozwija się bardzo wcześnie, gdyż badania wykazały, że próba luetynowa może wypaść dodatnio już w kile pierwotnej i drugorzędnej.

Przebieg odporności ogólnej i tkankowej w kile jest mniej znany, niż zachowanie się tych zjawisk w przebiegu gruźlicy, tymczasem nie ulega wątpliwości, że są one czynnikiem w niemałym stopniu wpływającym na rozwój choroby; zbadanie stanu alergii tkanek w stosunku do produktu otrzymanego z zarazka wywołującego chorobę jest jednym ze sposobów zbadania przebiegu zjawisk odpornościowych. Dlatego to w dalszym ciągu chciałem się przekonać, jak wypadną odczyny po wstrzyknięciu luetyny w obrębie samych wykwitów chorobowych, a więc plamki lub grudki kiłowej. Prawie w każdym przypadku, nawet w tych, u których odczyny skórne luetynowe były ujemne, przychodziło do powiększenia się nacieku oraz do wytworzenia się pęcherzyka i krostki. Odczyn ten nie wykazywał jednak żadnych cech szczególnych, ani pod względem nasilenia ani pod względem istoty, toteż możliwym jest, że tutaj pewną rolę odgrywa sam uraz mechaniczny, jakim było wstrzyknięcie luetyny w zmienioną tkankę.

W kile trzeciorzędnej i w kile wrodzonej wzrasta liczba dodatnich odczynów, a wyniki prób zgadzają się mniej więcej z liczbami podanymi w piśmiennictwie. Tak więc w badaniach Burnier'a odsetek dodatnich odczynów w kile trzeciorzędnej wynosi 79%, u Kwiatkowskiego 78%, u Lehnera i Rajki 84%, u Klausnera aż 93%. W moim zestawieniu odsetek ten wynosi 70%.

Nie mogłem stwierdzić jakiegoś wpływu leczenia swoistego lub zimnicą na zachowanie się odczynów luetynowych. Tak więc w trzech przypadkach kiły trzeciego okresu odczyn luetynowy zarówno przed leczeniem jak i po leczeniu pozostawał dodatni; podobnież ujemny odczyn nie zmieniał się na dodatni. W dwóch przypadkach porażenia postępującego, leczonych zimnicą, odczyn dodatni utrzymywał się przed i po zakończeniu leczenia zimnicą. Z powyższego wnoszę, że mechanizm działania leczenia swoistego i bodźcowego (zimnicą) nie polega na wywołaniu przestrojenia alergicznego tkanek; wspominam o tym wobec istnienia teorii (Dujardin) tłumaczących w ten sposób działanie zimnicy. Występujące czasami dodatnie odczyny luetynowe w innych okresach kiły (I, II, *L. lat. metalues)* tłumaczy Jadassohn w ten sposób, że w tych przypadkach zachodzi podobny przestrój, jaki zwykle bywa w kile trzeciorzędnej.

Co do kiły wrodzonej, mają tu próby z luetyną szerokie zastosowanie, lecz i tu są tylko pewne okresy, które dają dodatnie wyniki. Przypadki, w których objawy kiłowe wystąpiły bezpośrednio po urodzeniu się, jak również dzieci, jakie rodzą się bez objawów, tylko z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, dają ujemne odczyny. Dodatnie odczyny występują w procesach kilakowych, w przypadkach zapalenia miąższowego rogówki i w przypadkach kiły wrodzonej późnej.

Przebadałem 20 przypadków kiły wrodzonej w przychodni przeciwkiłowej dla matki i dziecka. Uwzględniałem przypadki z klinicznymi objawami, z dodatnim odczynem Wassermanna we krwi, zmianami w kościach, stwierdzonymi prześwietleniem promieniami Rtg. i przypadki z niewątpliwą kiłą u matek. Z 20 przypadków dodatni odczyn uzyskałem u 13 chorych (65%), ujemny u 7 chorych (35%).

Poniższa tablica podaje poszczególne przypadki oraz wyniki, jakie uzyskałem.

L. p.	Rozpoznanie	wiek	luognost	luotest
1	*L. con. Pemph. n.*	3 mies.	—	—
2	*Lues cong. Pemph. n.*	4 mies.	—	—
3	*L. cong. Exanth. sp.*	4 mies.	—	—
4	*L. cong. L. lat.*	2 lata	+	—
5	*Lues lat.*	2 „	—	—
6	*Lues lat.*	3 „	+	+
7	*L. cong. Lues lat.*	3 „	+	+
8	*L. cong. Periost. luet.*	4 „	+	+
9	*L. cong. kerat. p.*	5 „	+	+
10	*L. cong. Lues lat.*	6 „	—	—
11	*Periost. luet.*	8 „	+	+
12	*L. cong. ker. per.*	18 „	+	+
13	*L. cong. gum. p. m.*	19 „	+	+
14	*Lues cong. gum. p. m.*	20 „	+	+
15	*L. cong. ker. per.*	21 „	—	—
16	*L. kerat. per.*	15 „	+	+
17	*Kerat. per.*	21	+	+
18	*Lues lat.*	23 „	+	+
19	*Lues lat.*	28 „	+	+
20	*L. cong. L. lat.*	3 „	—	—

Wyniki według wieku układają się w następujący sposób:

Odczyny	do 1 r. ż.	1—4 r. ż.	4—14 r. ż.	powyżej 14 r. ż.	Razem
—	3	2	1	1	7
+	—	3	3	7	13

Zgodnie ze spostrzeżeniami Jakobstahla, który uważa, że noworodki nie są zdolne wytwarzać przeciwciała, w pierwszym roku życia nie widziałem dodatniego odczynu. Dopiero po pierwszym roku życia zaznacza się wzrost alergii, przez co coraz częściej występują dodatnie odczyny.

Podaję opisy kilku przypadków, mających większe znaczenie dla oceny wartości prób.

Nr kart. amb. 1509. Chor. M. D., lat 4. Matka zakażona w V miesiącu ciąży. Otrzymała podczas ciąży 12 Bi. Chory urodził się na czasie, objawów kiły nie zauważono. Leczenie rozpoczęto w 4 roku życia z powodu dodatniego odczynu Wassermanna we krwi. Rentgenogramy kości podudzi: w kości piszczelowej zmiany, nasuwające podejrzenie przebytej *osteochondritis luetica* (intensywne zagęszczenie istoty gąbczastej na granicy z chrząstką nasadową). Próby z luognostem i luotestem wypadły dodatnio.

Nr kart. amb. 1591. Chor. M. K., lat 5. Urodził się na czasie bez objawów, rozwijał się prawidłowo. W 5 roku życia pojawiły się dolegliwości ze strony obu ócz. Okulista z rozpoznaniem *Keratitis parenchymatosa* skierowuje go do naszej przychodni. Badanie krwi podług Wassermanna dało wynik dodatni (+++). Nakłucie lędźwiowe: płyn przejrzysty, białko, 0,12%, pleocytoza 3 b. c., Non.-Ap. (—), Pandy (—), WR. (+), Cit. (—).

Stan obecny. Chory budowy prawidłowej. *Caput quadratum.* Zęby dolne wąskie, między zębami szerokie przestrzenie, siekacze środkowe z wyraźnymi wrębami półksiężycowatymi. Na podudziach wyczuwalne zgrubienia na przedniej krawędzi kości piszczelowej. Na rentgenogramie czaszka wykazuje objawy wzmożonego ciśnienia, zwłaszcza w tylnej jamie czaszkowej (wzmożenie wycisków palczastych). Wyraźne nawarstwienie obustronne z silną sklerozą na trzonach kości podudzi. W prawej kości piszczelowej, gdzie sprawa jest dalej posunięta i starsza, widać bardzo subtelne ogniska rozrzedzenia kości na przedniej krawędzi kości piszczelowej. Początek tworzenia się prosówkowatych kilaków w obrębie sklerotycznych nawarstwień obustronnych. Próby z luognostem i luotestem wypadły dodatnio.

Nr kart. klin. 10454. Chor. A. Z., lat 8, przyjęty na oddział z powodu silnych bólów podudzi, występujących rok rocznie na wiosnę od 3 lat po pierwszym dłuższym pobycie na słońcu. Objawy te po kilku dniach pobytu na oddziale ustąpiły bez śladu. W chwili przyjęcia skóra obu podudzi obrzękła, bardzo bolesna na dotknięcie, ciepłota skóry nieznacznie podwyższona.



Ryc. 1.
Dodatni odczyn po 72 godz.: góra luotest 0,1, środ. luognost 0,2, dół luognost 0,1.



Ryc. 2.
Próba z luognostem i luotestem dodatnia. Naciek wielkości ziarna soczewicy oraz krostka nekrotyczna po 72 godzinach.



Ryc. 3.
Dodatnia próba powiekowa z zagęszczoną tuberkuliną na oku lewym (obrzęk powieki, grudki w okolicy wewnętrznej kąta oraz w okolicy górno-wewnętrznej powieki lewej).



Ryc. 4.
Odczyn nieswoisty po luognoście u osobnika wieloważnie alergicznego. Odczyn górny (trichofityna) dodatni. Odczyn dolny po luognoście po 24 godzinach rumień o średnicy 4×3 cm.



Ryc. 5.
Dodatni odczyn po luognoście i luoteście w kile pierwotnej.

U chorego nie stwierdzono ani specjalnego uczulenia na promienie pozafiołkowe ani na pozaczerwone.

Rentgenogramy czaszki: kości czaszki cienkie z wyraźnie wzmożonymi wyciskami palczastymi, zwłaszcza w przedniej części, jako objaw wzmożonego ucisku śródczaszkowego *(hydrocephalus internus)*. Kości udowe i podudzia w połowie swej grubości wykazują niewielkie wygięcia na zewnątrz z silnym nawarstwieniem po zewnętrznej stronie. Obraz ten nasuwałby podejrzenie, że chodzi tu o przebyte i wygojone złamanie, jednak zupełna symetria tych zmian, zarówno w kościach uda jak i podudzia osłabia znacznie to przypuszczenie. Można by jeszcze myśleć o zmianach luetycznych i krzywiczych.

Za kiłą wrodzoną przemawiały pewne drobne objawy: drobne zęby z wrębami półksiężycowatymi, wysokie podniebienie, czoło olimpijskie, kurza klatka piersiowa, które dla francuskich autorów zupełnie wystarczają, ażeby nawet przy ujemnym odczynie krwi rozpoznawać kiłę wrodzoną. W naszym przypadku odczyn Wassermanna wypadł ujemnie. U tego chorego wykonałem próby z luognostem i luotestem, które dały wynik dodatni. Późniejsze wyniki badań rodzeństwa chorego całkowicie zgadzały się z przypuszczeniem, iż w rodzinie mamy do czynienia z kiłą. Wykonany odczyn Wassermanna u młodszego brata wypadł dodatnio.

Na tym przypadku uwidacznia się doniosłość prób luetynowych, jako jednej z cech ułatwiających rozpoznanie kiły. Jednak odczyn luetynowy nie osiągnął takiego praktycznego znaczenia, jakie osiągnął odczyn Wassermanna, mimo, że niektórzy badacze otrzymywali dodatnie wyniki tylko w kile trzeciorzędnej i w kile wrodzonej, podczas gdy inne okresy kiły dawały odczyny ujemne i opierając się na tym przypisywali odczynom luetynowym ważne znaczenie w badaniu różniczkowym, zwłaszcza w tych okresach kiły, gdzie odczyn Wassermanna wypadał ujemnie. Lecz uwzględniając liczbę odczynów pozornych oraz związane z tym czasami utrudnione odczytywanie prawdziwie dodatnich wyników i występowanie dodatnich odczynów w innych okresach kiły (I, II, *lat. metal.)*, jak również uwzględniając częstość występowania dodatnich odczynów w kile trzeciorzędnej i w kile wrodzonej, jaka waha się między 70% a 90%, można luetynę uważać tylko jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Wnioski.

Materiał nasz obejmuje 166 chorych, w tym 116 chorych z różnych okresów kiły, 30 chorych rzeżączkowych i 20 chorych ze schorzeniami skórnymi. We wszystkich przypadkach wykonywałem odczyny z luognostem i z luotestem przez wstrzyknięcie doskórne 0,1 cm³ płynu na wewnętrznej powierzchni przedramion.

1. U chorych skórnych i rzeżączkowych wszystkie próby wypadły ujemnie.

2. Próby naskórkowe i powiekowe wykonane z luognostem i z luotestem u kiłowych wypadły ujemnie, a więc nie zachodzi tu analogia z tuberkuliną, która dając dodatnie odczyny u osobników z gruźlicą skóry, posiada wartość lokalizacyjną.

3. Swoista alergia u kiłowych rozwija się bardzo wcześnie, gdyż próby luetynowe mogą wypaść już dodatnio w kile pierwotnej i drugorzędnej.

4. U chorych kiłowych próby te mają pewną wartość diagnostyczną w kile trzeciorzędnej i wrodzonej, gdyż, jak wynika z naszego zestawienia, w 70% mamy wyniki dodatnie. Przy czym w kile wrodzonej dodatnie odczyny występują w przypadkach istnienia kilaków oraz w przypadkach kiły późnej, ujemne zaś tam, gdzie objawy kiłowe wystąpiły bezpośrednio po urodzeniu oraz u dzieci bez objawów, mających tylko od urodzenia dodatni odczyn Wassermanna we krwi. Na podkreślenie zasługuje fakt, że odczyny te zazwyczaj nie występują przed pierwszym rokiem życia.

5. Pomiędzy luognostem i luotestem nie ma specjalnie dużych różnic.

Piśmiennictwo:

1) Grzybowski: Przegląd Dermatol. 1929. — 2) Jadassohn: Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten. Bd. XV. 2. 1929. — 3) Kindler: Dermatol. Wochenschr. Bd. 92. 1931. — 4) Kwiatkowski: Przegląd Dermatol. 1934. — 5) Stopczański: Pol. Gaz. Lek. 49. 1932. — 6) Urbach: Klinik und Therapie der Allerg. Krankheiten 1935, s. 538.

Anastazy LANDAU i Włodzimierz HEJMAN. Warszawa.

O skutecznym stosowaniu we wrzodzie okrągłym żołądka i dwunastnicy zastrzykiwań dożylnych bromku sodu i siarczanu atropiny.

Z I Oddz. Wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie.
Kierownik: Dr A. Landau.

Wieloletnie doświadczenie poucza, iż wrzód okrągły żołądka i dwunastnicy może być wyleczony drogą zachowawczą i że znaczny odsetek tych chorych uniknąć może nieraz bardzo okaleczającego zabiegu operacyjnego, który ostatecznie również nie daje 100% pewności wyleczenia doszczętnego. W chorobie wrzodu za bezwzględne wskazanie operacyjne uważać należy stałe, przeważnie bliznowate przewężenie światła w okolicy przyodźwiernikowej; wszystkie inne odmiany choroby wrzodu mogą pozostać w leczeniu niechirurgicznym.

Przy zastosowaniu różnych metod leczniczych, które zresztą w każdym z oddziałów klinicznych ujęte są w pewien schemat, uzyskujemy zwykle ustąpienie objawów podmiotowych; dążymy przede wszystkim do usunięcia bólu, który dla chorego jest najbardziej widomą oznaką pogorszenia lub poprawy, zwracając oczywiście baczną uwagę na inne objawy, jak krwawienie z wrzodu, napięcie mięśniowe w okolicy wrzodu, przyrost wagi itd.

Czy w okresie leczenia zmienia się także stan anatomiczny? Badanie rentgenologiczne, którym przede wszystkim posługujemy się dla oceny stosunków anatomicznych, nie zawsze jest w stanie dać odpowiedź na to pytanie: znany jest jeden pewny objaw czynnej sprawy wrzodowej, a mianowicie nisza Haudecka; jej obecność świadczy o czynnej sprawie wrzodowej, znikanie zaś oznacza poprawę anatomiczną. Natomiast inne objawy rentgenologiczne mogą być jednakie, zarówno w okresie czynnej sprawy wrzodowej, jak i w okresach wyleczenia; dotyczy to przede wszystkim zniekształceń opuszki i objawów zrostowych, jak również niektórych objawów wtórnych: wzmożone napięcie oraz nasilony ruch robaczkowy żołądka, objawy kurczowe itd.

Większość przypadków wrzodu okrągłego w warunkach szpitalnych poddaje się leczeniu wewnętrznemu, za pomocą którego otrzymujemy zwykle ustąpienie, bądź złagodzenie objawów klinicznych. Niezawsze jednak tymi samymi środkami dopiąć możemy celu. Poza przypadkami, które szybko oddziaływują na zwykłe stosowane środki lecznicze, istnieją przypadki, które zmuszają klinicystów do szukania nowych dróg leczniczych.

Już przed kilkoma laty jeden z nas (A. Landau) zwrócił uwagę na to, iż w leczeniu choroby wrzodu środki o działaniu miejscowym (bizmut, aluminium, alkalia, tłuszcze) nie są jedynymi, prowadzącymi do celu i że leczenie układu nerwowego może dawać wyniki bardzo dobre. W r. 1929 A. Landau wspólnie z J. Glassem podali opis dwu przypadków wrzodu przyodźwiernikowego, w których wszelkie środki leczenia miejscowego łącznie z wstrzykiwaniami podskórnymi atropiny i domięśniowymi mleka nie były w stanie doprowadzić do wyleczenia, a które osiągnięto przez dodanie do wyżej wymienionych środków podawania doustnego mieszanki soli bromowych z chloralem. Zwalczanie objawów wrzodu żołądka za pomocą bromu podkreśla również Fernandez Martinez.

Jakie jest działanie bromu w leczeniu wrzodu okrągłego i czy brom przytępia pobudliwość zakończeń współczulnych i tym samym przywraca zachwianą równowagę wegetatywną, czy też działa on raczej ośrodkowo — zagadnienie to nie jest dotąd dokładnie wyjaśnione. A. Landau i J. Glass podkreślili, że pod wpływem leczenia mieszanką soli bromowych z chloralem (oczywiście z uwzględnieniem innych środków leczniczych), ustępują bóle i wrażliwość uciskowa; również znikają wymioty i krwawienia. Natomiast na ostateczne zabliźnienie wrzodu leczenie to nie ma wpływu (A. Landau i J. Glass).

Poszukując od szeregu lat coraz to nowych metod skutecznego leczenia wrzodu żołądka za pomocą leczenia zachowawczego (wprowadzona do lecznictwa larostidina okazała się lekiem wielce zawodnym i kapryśnym) zaczęliśmy oprócz leczenia miejscowego, o którym zaraz będzie mowa, stosować wstrzykiwania dożylne 1 g bromku sodowego (10 cm³ 10% roztworu) wraz z 1 mg siarczanu atropiny. Wstrzykiwania podskórne 1 mg siarczanu atropiny dziennie stanowią od lat cząstkę naszego postępowania, stosowanego na oddziale w chorobie wrzodu żołądka.

Atropina, lek działający na układ przywspółczulny, jest lekiem przeciwskurczowym, a działając na nerw błędny, zmniejsza wybitnie kwasotę treści żołądkowej. Pomyślne działanie atropiny u chorych z wrzodem okrągłym jest od dawna znane;

jakkolwiek w znacznym odsetku przypadków nasze leczenie szybko opanowuje chorobę, jednak przypadki oporne do rzadkich nie należą. One to właśnie skłoniły nas do tego uzupełnienia naszego leczenia wrzodu. Połączenie działania bromku sodowego i atropiny podanych łącznie drogą dożylną, wydawało się nam szczególnie celowe, gdyż łączy w sobie działanie ośrodkowe bromu z działaniem obwodowym atropiny — paraliżuje więc te czynniki, które są wybitnie szkodliwe dla gojenia wrzodu okrągłego.

Niżej podajemy opis trzech przypadków, które — jak wynika z przebiegu — były wybitnie oporne na zwykłe leczenie przeciwwrzodowe i które stanowią całkowite potwierdzenie naszych przewidywań co do korzystnego działania leczniczego bromku sodu i siarczanu atropiny, podanych dożylnie.

Przypadek I. J. C., lat 64, emeryt, przybył do oddziału dnia 21. II. 1937 r.

Wywiady: Zgaga od 1930 r. Od 1932 r. bóle w dołku, występujące w $1^1/_2$ godz. po jedzeniu z promieniowaniem do pleców. Bóle są silniejsze zimą. Od listopada 1936 r. stałe bóle występujące w 3—4 godziny po jedzeniu; bóle nad ranem budzą chorego ze snu i ustępują dopiero po śniadaniu. Mimo diety mlecznej i stałego leczenia od 4 miesięcy trwają bóle, raczej się wzmagają.

Przedmiotowo: Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywienie upośledzone. Waga 47,2 kg. Źrenice i odruchy bez zmian. Płuca: wypuk jawny, wdech i wydech pęcherzykowy. Serce: granice prawidłowe, tony: I nad wierzchołkiem niezupełnie czysty, II nad tętnicą główną i w tętnicach szyjnych akcentowany. Tętno 78/min., miarowe. Oddechów 18 na minutę. Ciśnienie krwi (R/R): 160/100. Napięcie górnej połowy mięśnia prostego brzucha wzmożone. Niezbyt znaczna bolesność w dołku, poza tym brzuch niebolesny. Wątroba i śledziona niemacalne.

Mocz: c. g. 1.020, odczyn kwaśny. Urlg. +, poza tym bez zmian patologicznych.

Morfologia krwi: Hb. 97%. C. czerw. 4,900.000 w mm³. I. — 0,9. C. białych — 6.000 w mm³: obojętnochł. 78,5% (pałeczkowatych 5,5%, wielojądrz. 73%), limfocytów 20%, monoc. 1%, eozynochł. 0,5%. Opadanie krwinek czerwonych, jak to się bardzo często zdarza w chorobie wrzodu, zwolnione: metodą Westergreena po 1 godz. 4 mm, po 2 godz. 8 mm, 24 godz. — 65 mm. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Badanie treści żołądkowej: Na czczo wydobyto 40 cm³ treści płynnej ze skrzepikami krwi. HCl (L) — 10. Kwasota ogólna (Ac) — 20. Próby na krew +++. Pod mikroskopem nieliczne strawione leukocyty, śluz. W 45 minut po próbnym śniadaniu Ewald-Boasa, otrzymano 80 cm³ treści. Stosunek części płynnych do stałych — 2:1. HCl (L) — 45. Ogólna kwasota (Ac) — 65. Próby na krew +++.

Badanie rentgenowskie (dnia 23. II. — dr W e r k e n t h i n). Na czczo żołądek nie zawiera treści. Po wypiciu pierwszej łyżki papki wypełnia się od razu nisza wrzodowa na małej krzywiźnie. Śluzówka prawidłowej grubości. Po wypełnieniu, żołądek ma kształt haka, sięga dolnym biegunem na 3 palce poniżej grzebieni biodrowych. Krzywizna duża ząbkowana. Na małej krzywiźnie nisza wielkości bobu, leży ona nieco bliżej tylnej ściany, jest bolesna na ucisk. Wydzielanie soku znacznie zwiększone. Ruch robaczkowy żywy. Przechodzenie przez odźwiernik prawidłowe. Opuszka i dalsze części dwunastnicy bez zmian. Wnioski: duży wrzód drążący na małej krzywiźnie żołądka. Wzmożone wydzielanie kwasu żołądkowego.

Choremu zalecono zwykłe leczenie przeciwwrzodowe, a mianowicie na czczo proszek 1,5 g *Bismuti subnitrici* + 0,6 *Magnesiae ustae,* popijany sztuczną mieszanką karlsbadzką; 3 razy dziennie po jedzeniu zasadowy proszek 1,0 *Calcii carbonici* + 0,5 *Magn. ustae,* do obiadu i kolacji po łyżce tranu, a poza tym wstrzykiwania podskórne 1 mg siarczanu atropiny dziennie, oraz wstrzykiwania 10 jednostek insuliny dziennie, a to ze względu na wyniszczenie i niską wagę chorego. Poza tym dietę płynnokleikową i mleczną. Mimo to bóle trwają nadal, jak to wynika z karty szpitalnej:

Dnia 22. II. Stałe bóle w dołku.

Dnia 23. II. Po kolacji silny napad bólów w całym brzuchu, ustąpił dopiero po wstrzyknięciu pantoponu.

Dnia 24. II. Po obiedzie silne dwugodzinne bóle w dołku. Próby na krew w kale +++.

Dnia 26. II. Rozlane bóle w dołku po kolacji, ustąpiły po okładach i zastrzyku atropiny.

Wobec trwających nieustannie bólów, po tygodniu pobytu na oddziale, dnia 28. II. wstrzyknięto dożylnie 10 cm³ 10% roztworu bromku sodu wraz z 1 mg siarczanu atropiny. Wstrzykiwania te chory otrzymywał codziennie do dnia 11. IV., a potem do dnia 23. IV. (to jest do dnia wypisania się) co drugi dzień. Ogółem otrzymał 49 wstrzyknięć.

Dnia 1. III. Kilkugodzinne silne bóle po kolacji.

Dnia 5. III. Bóle w dołku słabsze.

Dnia 8. III. Bóle w dołku coraz słabsze. Próby na krew w kale dają wynik ujemny.

Dnia 9. III. Po wstrzyknięciach dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny pierwsza noc bez bólów (jest to pierwsza od 4 miesięcy noc bez bólów).

Dnia 15. III. Bólów nie ma. W kale próby na krew dały wynik ujemny.

Dnia 20. III. Po obiedzie nieznaczne bóle w dołku.

Od dnia 20. III. do dnia wypisu, tj. do dnia 23. IV. bólów nie miał.

Waga wynosiła:	dn. 17. II.	23. II.	12. III.	17. III.	18. IV.
	kg 48,2	47,7	48,0	49,0	51,6

Ogółem przybrał 3,4 kg wagi. Przyrost wagi rozpoczął się dopiero w okresie wstrzykiwań bromku sodu z siarczanem atropiny.

Od dnia 16. III. do dnia 1. IV., a więc już w okresie znacznej poprawy, chory otrzymał dodatkowo 12 dopośladkowych wstrzyknięć larostidiny „Roche", które dokonane zostały z tego względu, że chory wcześniej się w ten lek zaopatrzył.

Badanie rentgenowskie powtórzone (dnia 6. IV. — dr W e r k e n t h i n) po 34 wstrzyknięciach dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny wykazuje: W porównaniu z ubytkiem dawniejszym nisza na małej krzywiźnie jest znacznie mniejsza, uwidacznia się dopiero po dłuższych poszukiwaniach; jest teraz wielkości ziarna grochu, nieznacznie bolesna na ucisk. Wydzielanie soku wzmożone. Opróżnianie żołądka dobre. Trzecie badanie rentgenowskie, przeprowadzone dnia 20. IV. (dr W e r k e n t h i n) po 50 wstrzyknięciach dożylnych wykazuje: nisza wrzodowa na małej krzywiźnie bardzo mała i płaska, uwidacznia się dopiero po dłuższych poszukiwaniach. Jest jeszcze mniejsza niż dnia 6. IV.

W przypadku tym mieliśmy do czynienia z wrzodem *(ulcus callosum)* małej krzywizny żołądka, który istniał zapewne już od kilku lat. Mimo energicznego leczenia, jakie chory prowadził od kilku miesięcy, mimo bardzo surowej diety, prawie głodowej (bał się jeść ze względu na bóle), objawy nie ustępują, a raczej wzmagają się. Nieustępliwe bóle trwają nadal, budzą chorego w nocy, wymagają pantoponu; badanie treści żołądkowej i kału wykazuje obecność krwi, stan chorego pogarsza się, waga, mimo znacznego już wyniszczenia spada w szpitalu o dalsze 600 g, badania rentgenowskie wykazują obecność niszy wrzodowej na małej krzywiźnie. Zastosowanie zwykłych środków leczniczych (bizmut, wapń z magnezją, zasady, tran, wstrzykiwania podskórne atropiny, insuliny itd.) nie daje żadnego wyniku. W tym stanie zastosowaliśmy zastrzykiwania dożylne bromku sodu z siarczanem atropiny. Wynik leczniczy jest prawie natychmiastowy: po 5 wstrzyknięciach bóle są słabsze, po 9 chory przesypia bez bólów pierwszą noc od szeregu miesięcy; giną barwiki krwi w kale. Za wyjątkiem jednego dnia (20. III.), gdy bóle niezbyt intensywne wracają na kilka godzin, przez 6 tygodni obserwacji szpitalnej chory jest bez bólów. Występuje wreszcie poprawa stanu ogólnego: chory, który bał się każdego pokarmu ze względu na bóle, zaczyna jeść, wraca apetyt. Waga stale wzrasta, chory uważa się za wyleczonego.

Poprawa kliniczna w tym przypadku nie jest tylko chwilowym usunięciem bólów, przejściowym ustąpieniem podmiotowych objawów choroby; idzie ona w parze z ustąpieniem zmian anatomicznych, które można było wykryć za pomocą badania rentgenowskiego. Badanie wykonane na początku obserwacji szpitalnej wykazuje dużą niszę na małej krzywiźnie żołądka: nisza ta po 6 tygodniach jest ledwie widoczna, przy następnym badaniu zmniejsza się jeszcze bardziej, wykazuje na trzeciej kliszy rentgenograficznej ślad wygórowania konturu małej krzywizny żołądka.

Wyzdrowienie kliniczne chorego, prawie całkowite zniknięcie niszy wrzodowej — daje pojęcie o bardziej skutecznym leczeniu. Następuje ono w związku z zastosowaniem wstrzykiwań dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny, co zresztą potwierdzają i dwa następne przypadki.

Przypadek II. J. K., lat 51, szofer. Przybył do oddziału dnia 15. XII. 1936 r.

Od roku bóle w dołku występujące w 4—5 godzin po jedzeniu; trwają do godziny, promieniując do pleców. Od kilku tygodni bóle są prawie stałe, wzmagają się w $1^1/_2$—2 godziny po jedzeniu i wówczas są bardzo gwałtowne; zmuszają chorego do leżenia i porzucenia pracy.

Przedmiotowo: Wzrost średni. Budowa prawidłowa. Waga 58,4 kg. Źrenice i odruchy bez zmian. Płuca i serce bez zmian. Tętno 78/min., miarowe. Oddechów 18/min. Ciśnienie krwi (R/R): 120/60. Bolesność uciskowa w dołku i linii środkowej ciała, między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem oraz wzdłuż prawego łuku żebrowego. Wątroba i śledziona niemacalne.

Mocz: c. g. 1.022. Odczyn kwaśny. Urlg. zwiększony (+). poza tym bez zmian patologicznych. Morfologia krwi: Hb. 87%. C. czerw. — 4,600.000 w mm³. I — 0,9. C. biał. — 7.200 w mm³; Obojętnochł. 77% (pałeczk. 6%, wielojądrz. 71%). Eozynochł. 1%. Limfoc. 21%. Monoc. 1%. Opadanie krwinek czerwonych (metodą Westergreena): 1 godz. — 15 mm, 2 godz. — 25 mm, 24 godz. — 55 mm. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Zgłębnikowanie żołądka: Na czczo 1 cm³ treści płynnej. Pod mikroskopem liczne strawione leukocyty, śluz. W 45 minut po próbnym śniadaniu Ewald-Boasa otrzymano 50 cm³ treści. Stosunek części płynnych do stałych = 2:1. HCl (L) — 45. Ogólna kwasota (Ac) — 65. Próby na krew: benzydynowa +, piramidonowa —. Badanie frakcjonowane treści żołądkowej (po podaniu 0,2 *coffeinum purum* w 250 cm³ wody): wolny HCl od 15 do 40. Kwasota ogólna (Ac) od 35 do 70. Wydzielanie czerwieni obojętnej po wstrzyknięciu dopośladkowym 5 cm³ 1% rozczynu — po 9 minutach.

Próby na krew w kale dały wynik ujemny.

Badanie rentgenowskie (dr Werkenthin, dn. 17. II.): Na czczo żołądek nie zawiera treści. Po wypełnieniu przyjmuje kształt haka, dolnym biegunem sięga na 4 palce poniżej grzebieni biodrowych. Zarysy żołądka regularne, ruch robaczkowy żywy. Przechodzenie przez odźwiernik prawidłowe. Opuszka dwunastnicy kurczy się szybko i wykazuje wybitne zniekształcenie typowe dla wrzodu; w obrębie tego zniekształcenia widoczna jest pod ekranem mała nisza wrzodowa, której wielkość nie daje się określić. Dalsze części dwunastnicy bez zmian.

Choremu zalecono: na czczo jeden proszek bizmutu z magnezją *(bismuti subnitrici* 1,5 + 0,6 *magnesiae ustae)*, popijany sztuczną mieszanką karlsbadzka z dodaniem bromku sodu; 3 razy dziennie po jedzeniu alkalia w postaci 1,0 *Calcii carbonici* + 0,5 *Magnesiae ustae*, tran, zastrzykiwania podskórne 1 mg siarczanu atropiny dziennie; oprócz tego przed obiadem i kolacją po łyżce roztworu azotanu srebra 0,06—200,0 w ciepłej wodzie przez 12 dni (21. XII. — 2. I.). Dieta mleczno-kleikowa. Oprócz tego chory otrzymał 12 wstrzyknięć dopośladkowych larostidiny „Roche" (19. XII. — 31. XII.).

Za pomocą powyższego leczenia w dużym odsetku przypadków uzyskuje się dość szybko wyleczenie i ustąpienie bólów, jednak u tego chorego żadna poprawa nie występuje, bóle trwają nadal i to tak silne, że wymagają ustawicznie wieczornych lub nocnych wstrzykiwań pantoponu.

Dnia 2. I., w trzecim tygodniu pobytu chorego na oddziale zastosowano wstrzyknięcia dożylne 10% bromku sodu (po 10,0) z dodaniem 0,001 *atropini sulfurici* początkowo co drugi dzień, zaś od dnia 7. I. do dnia 1. II. codziennie. W ogóle chory otrzymał 27 wstrzyknięć dożylnych; wstrzykiwania podskórne atropiny przerwano. Poza tym utrzymano dietetyczne leczenie, jak wyżej.

Już po drugim zastrzyku
dnia 5. I. bóle znacznie się zmniejszyły,
dnia 7. I. bóle ustąpiły, pozostały tylko gniecenia w dołku,
dnia 11. I. gniecenia w dołku coraz rzadsze,
od dnia 17. I. bóle i gniecenia ustąpiły całkowicie.

Chory wypisał się dnia 5. II. w stanie bardzo dobrym, wrócił do swej pracy szoferskiej i do tej pory (połowa maja) nie ma żadnych dolegliwości.

Waga wynosiła:

dn.	17. XII.	27. XII.	3. I.	12. I.	16. I.	19. I.	27. I.	5. II.
kg	58.4	56,2	57,3	58	59,6	60,4	61,7	63,1

Ogółem przybrał 4,7 kg, od najniższej wagi przed zastosowaniem wstrzyknięć dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny — 7 kg.

Badanie rentgenowskie, przeprowadzone powtórnie dnia 4. II. (dr Werkenthin) bezpośrednio przed wypisem, wykazało ten sam obraz, co badanie poprzednie.

W przypadku tym nieustępliwe bóle trwają mimo stosowania najrozmaitszych środków leczniczych. Bez wpływu były również wstrzykiwania larostidiny. Dopiero od chwili zastosowania wstrzyknięć dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny, występuje prawie natychmiastowa wybitna poprawa. Bóle szybko ustępują, giną wreszcie zupełnie, waga wzrasta; chory, który leżał od kilku miesięcy i co kilka dni musiał używać morfiny — wraca do pracy. Wystąpienie poprawy zbiega się ściśle z datą zastosowania wstrzyknięć bromku sodu z siarczanem atropiny; jest to punkt graniczny, który dzieli okres wybitnych objawów chorobowych od okresu szybkiej poprawy.

Natomiast obraz rentgenowski nie uległ zmianie; jakie są tego przyczyny? Zniekształcenia opuszki mogą dać ten sam obraz zarówno w czynnej, jak i wygasłej i zabliźnionej sprawie wrzodowej, nie są więc czynnikiem miarodajnym. Natomiast nisza wrzodowa, od początku bardzo mała, w tym wypadku zmianie nie ulega.

Przypadek III. M. F., lat 29, fryzjer. Przybył do oddziału dnia 1. IV. 1937 r.

Choroba rozpoczęła się w 1924 r., początkowo występowała zgaga i pełność w dołku w 10—15 minut po jedzeniu, zwłaszcza po słodyczach. Później zjawiły się krótkie pobolewania w dołku. Od 1934 r. objawy się wzmagają, od 4 tygodni występują bóle nocne, które budzą ze snu, oraz bóle głodowe, ustępujące po jedzeniu na przeciąg zaledwie 15—20 minut.

Przedmiotowo: Wzrost średni. Budowa prawidłowa. Źrenice i odruchy bez zmian. Gruczoły chłonne: prawy pachowy wielkości orzecha laskowego twardy, nieruchomy, niebolesny; pachwinowe wielkości fasoli, inne niepowiększone. Płuca i serce bez zmian. Tętno 66/min., miarowe. Oddechów 24/min. Ciśnienie krwi (R/R): 130/60. Górna połowa prawego mięśnia prostego brzucha bardziej napięta, niż lewego, w prawym podżebrzu wyczuwa się niewyraźny opór. Bolesność uciskowa w linii środkowej ciała, między wyrostkiem mieczykowatym i pępkiem. Prawy płat wątroby wymacuje się na palec spod łuku żebrowego. Śledziona niemacalna.

Mocz: C. g. 1.025. Odczyn kwaśny; bez zmian patologicznych.

Morfologia krwi: Hb. 100%. Ciałek czerwonych: 5,850.000 w mm³. I. — 0,9. Ciałek białych 6.200 w mm³: Obojętnochł. 52% (pałeczk. 3%, wielojądrz. 49%). Eozynochł. 2%. Limfoc. 46%. Opadanie krwinek zwolnione (met. Westergreena: 1 godz. — 3 mm, 2 godz. — 9 mm, 24 godz. — 37 mm). Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.

Zgłębnikowanie żołądka: na czczo 3 cm³ treści, wolny HCl +. Próby na krew ujemne. W 45 minut po śniadaniu Ewald-Boasa otrzymano 60 cm³ treści. Stosunek części płynnych do stałych 1:1. HCl wolny — 62, kwasota ogólna (Ac) — 92. Badanie frakcjonowane treści żołądkowej po podaniu 0,2 *coffeinum purum* w 250 cm³ wody: wolny HCl = 28—96, kwasota ogólna (Ac) = 38—105. Wydzielanie czerwieni obojętnej po zastrzyku dopośladkowym 5 cm³ 1% rozczynu — po 17 minutach. W kale próby na krew ++.

Badanie rentgenowskie (dr Werkenthin): Żołądek na czczo nie zawiera treści. Po wypełnieniu przyjmuje kształt haka, dolnym biegunem sięga na dwa palce poniżej grzebieni biodrowych. Zarysy regularne. Ruch robaczkowy żywy. Wydzielanie soku znacznie wzmożone. Przechodzenie przez odźwiernik prawidłowe. Opuszka zniekształcona, z głębokimi wcięciami na obu krzywiznach, silnie bolesna na ucisk. Dalsze części dwunastnicy bez zmian.

Choremu zalecono zwykłe leczenie; bizmut z magnezją, wapń z magnezją, zasady z dodaniem bromku sodu, wstrzykiwania podskórne siarczanu atropiny oraz tran. Mimo to bóle nadal trwają, równie silne. Występują zarówno bóle głodowe, jak i nocne. Dnia 7. IV. zastosowano wstrzyknięcie dożylne 10% bromku sodu z siarczanem atropiny. W ogóle chory otrzymał 14 wstrzyknięć (wypisał się dnia 22. IV.). Już po trzech zastrzykach bóle ustąpiły zupełnie i więcej nie powróciły przez cały czas obserwacji szpitalnej. Również ustąpiło napięcie mięśniowe w nadbrzuszu, zginęła krew w kale. Chory przybrał przeszło 3 kg na wadze i wypisał się do domu bez dolegliwości.

I w tym więc przypadku zastosowanie wstrzyknięć dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny stanowiło punkt, który ostro odcina okres wielkich dolegliwości od okresu szybkiej poprawy.

Jakie wnioski można wysnuć z wyżej podanych spostrzeżeń klinicznych? Działanie lecznicze wstrzyknięć dożylnych bromku sodu z siarczanem atropiny jest dla bezstronnego obserwatora zupełnie oczywiste i stanowi punkt, od którego zaczyna się poprawa: chorzy leczeni od miesięcy przeróżnymi sposobami, często głodujący ze strachu przed bólem, po kilku zaledwie wstrzyknięciach tracą bóle, zaczynają jeść, waga się szybko podnosi, stan ogólny się poprawia, giną krwawienia, znika napięcie mięśniowe, a w jednym przypadku cofnęła się również prawie całkowicie nisza wrzodowa.

Nasze zastrzyknięcia dożylne niewątpliwie łączą w sobie tłumiący wpływ bromu na układ nerwowy ośrodkowy oraz podniety z niego wychodzące, z działaniem atropiny na zakończenia nerwu błędnego w żołądku i dwunastnicy oraz ich śluzówkę. W wy-

niku tego działania zostaje przerwany *circulus vitiosus*, jaki u chorych z wrzodem okrągłym zostaje wytworzony przez niestałość wegetatywną. Zsumowane działanie bromu i atropiny, wprowadzanych łącznie i dożylnie, wprowadza układ wegetatywny ze stanu niestałości do stanu równowagi; tym samym tworzą się warunki sprzyjające zabliźnianiu wrzodu, co z kolei znów zahamowuje niestałość wegetatywną.

Wstrzykiwania znoszone są przez chorych dobrze. Tylko nieraz skarżą się chorzy na nieznaczną suchość w ustach po zastrzyku, innych działań ubocznych nie zauważyliśmy. Wstrzykujemy w jednej strzykawce 10 cm³ 10% rozczynu bromku sodu wraz z 1 mg siarczanu atropiny.

Dalsze badania może wykażą szczegółowiej, jaki jest zasięg i mechanizm dożylnych wstrzykiwań bromku sodu z siarczanem atropiny. Dziś jednak możemy już powiedzieć, że ten prosty zabieg leczniczy w połączeniu ze zwykłymi metodami traktowania wrzodu okrągłego żołądka i dwunastnicy stanowi niewątpliwy postęp w zachowawczym leczeniu sprawy chorobowej.

Dr St. LIEBHART i dr M. DUBICKI. Lwów.

Wpływ hormonu gonadotropowego z surowicy krwi na narząd rodny myszki białej.

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. dr K. Bocheński.

Ostatnie doświadczenia wykazały ponad wszelką wątpliwość, że pomiędzy hormonem gonadotropowym uzyskiwanym z moczu, a hormonem właściwym przysadki istnieją liczne, zasadnicze różnice. W związku z powyższymi faktami wyłoniło się szereg hipotez i tłumaczeń mechanizmu i drogi działania hormonu gonadotropowego na gonady u zwierząt doświadczalnych. Tłumaczono — między innymi — że hormon gonadotropowy nie działa bezpośrednio na narząd rodny, ale drogą pośrednią przez podrażnienie lub pobudzenie do działania przedniego płata przysadki. Zdaniem Evansa różnica ta polegać ma na tym, że w przednim płacie obok prolanu, a więc hormonu otrzymywanego z moczu znajduje się jakiś synergiczny drugi hormon, który Zondek określa nazwą symprolan, a którego brak w prolanie. Prolan + symprolan daje pełnowartościowy hormon, nazwany przez Zondeka prosylanem. Wszystkie te zagadnienia starano się logicznie rozwiązać drogą doświadczeń na zwierzętach pozbawionych przysadki. Wyniki tych doświadczeń nie potwierdziły jednak przekonywująco żadnej z tych tez.

Już w r. 1929 Engle jako pierwszy autor zwrócił uwagę na zaobserwowane przez siebie różnice w działaniu hormonu gonadotropowego z moczu i wyciągów z przedniego płata przysadki. Stwierdził mianowicie, że przedni płat przysadki mózgowej wszczepiony myszkom wywoływał u nich wzrost i pękanie pęcherzyków, a więc owulację i następową luteinizację. W odróżnieniu od tego działania wyciągi z moczu kobiet ciężarnych wywoływały zasadniczo atretyczne pęcherzyki bez owulacji i specjalnie silną luteinizację. Późniejsze doświadczenia tego samego autora wykonane na 37 małpach potwierdziły jego poprzednie przypuszczenia, przy czym autor ten uważa nawet, że mocz kobiet ciężarnych wpływa raczej hamująco na rozwój pęcherzyków w jajniku, a w żadnym wypadku nie wpływa pobudzająco (Clauberg). Badania Evansa i Simpsona, Hamburgera, Fluhmanna i Collipa wykazały znowuż, że hormon gonadotropowy z moczu pobudza tylko w nieznacznym stopniu jajniki do wzrostu u myszek i szczurzyc niedojrzałych i zastosowany nawet w największych dawkach może powiększyć ich objętość do 3 lub 4-krotnej pierwotnej ich wagi. Dzieje się to dlatego, że hormon gonadotropowy z moczu pobudza nieznaczną tylko ilość pęcherzyków Graafa. Wyciągi zaś z przysadki i mocz kobiet wytrzebionych powodują ogólne i całkowite pobudzenie jajników do wzrostu tak, że każda część pęcherzyka w jajniku wzrasta i dojrzewa, przy czym dzieje się to z wielką ilością pęcherzyków. To wszystko sprawia, że po zastosowaniu tych wyciągów waga jajników zwierząt doświadczalnych wzrasta 10-krotnie i więcej.

Doświadczenia Dubickiego i Liebharta wykonane w r. 1934 przy sposobności porównywania wpływu i działania kombinowanych dawek równocześnie podawanych hormonu gonadotropowego z moczu i hormonu pęcherzykowego wykazały już wówczas minimalny, a przede wszystkim jednostronny wpływ hormonu z moczu na wzrost i dojrzewanie większej ilości pęcherzyków. Zauważono nieliczne wylewy krwawe, małe i średnie, a rzadziej duże pęcherzyki bez wyraźnych objawów jajeczkowania. Podkreślano w tej pracy przy tym raczej niekorzystne działanie hormonu z moczu kobiet ciężarnych, podawanego bez kombinacji z folikuliną.

Do wręcz sensacyjnych wyników doszli Evans, Meyer i Simpson, podając równocześnie wyciąg przedniego płata przysadki cieląt i hormon gonadotropowy z moczu. Stwierdzili znaczne pobudzenie czynności i wybitne powiększenie wagi jajników, przy czym zauważyli, że działanie powyższych wyciągów podawanych razem było stanowczo większe, niż działanie ich podanych z osobna. W przypadku tym mamy więc do czynienia, jak słusznie podkreśla Clauberg, nie tylko z sumowaniem działania hormonów, ale także z jego wyraźnym wzmożeniem i kumulacją. Autorowie ci starają się tłumaczyć ten fakt w ten sposób, że mocz kobiet ciężarnych nie zawiera w ogóle czynnego hormonu gonadotropowego i jest tylko do pewnego stopnia aktywatorem hormonów przedniego płata przysadki mózgowej, który nazwali prohormonem, przy czym ten ostatni łączyli z hormonem wzrostu. Hamburger potwierdził w całej rozciągłości doświadczenia powyżej wymienionych trzech autorów, zmienił natomiast ich sposób tłumaczenia mechanizmu działania. Twierdzi mianowicie, że hormon gonadotropowy pochodzenia chorialnego różni się od takiego hormonu przedniego płata tym, że jest w stanie pobudzić do wzrostu tylko te pęcherzyki, które już uprzednio były poddane wpływowi przedniego płata przysadki. Teoria ta zgadza się istotnie lepiej z wynikami badań dotyczących działania hormonu gonadotropowego u zwierząt pozbawionych przysadki. Jak bowiem wiadomo, hormon gonadotropowy podawany tym zwierzętom wywoływał wzrost i dojrzewanie pewnej ilości pęcherzyków, co było by niemożliwe, gdybyśmy przyjęli teorię prohormonu i jego uczynnienia przez mocz ciężarnych.

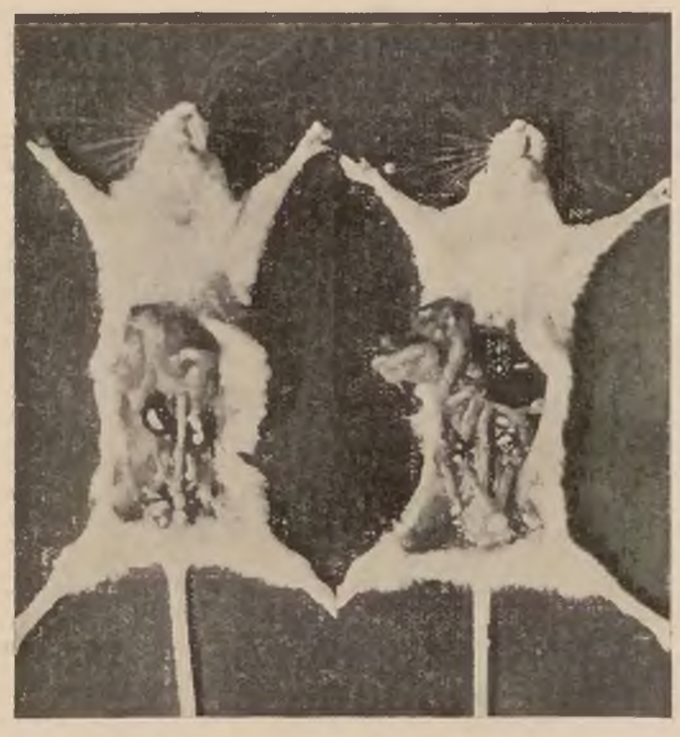
Pragniemy w tym miejscu podkreślić wyniki badań Hisawa i jego współpracowników, którym udało się wyosobnić dwie frakcje hormonu gonadotropowego z przedniego płata, a mianowicie czynnik pobudzający pęcherzyki do wzrostu i czynnik luteinizujący. Sprawa ta jednak wymaga dalszych badań i potwierdzeń.

Wszystkie powyższe doświadczenia dotyczą — jak to niejednokrotnie podkreślaliśmy w ciągu niniejszego referatu — różnic między działaniem hormonu gonadotropowego z moczu ciężarnych i hormonu z samej przysadki mózgowej. Istnieje jednak, jak wiadomo, jeszcze hormon gonadotropowy zawarty w surowicy krwi, w samym łożysku, a wreszcie w płynie mózgowo-rdzeniowym. W tym miejscu należy ująć te hormony w odpowiednie grupy, przy czym hormon z moczu ciężarnych, jako pochodzenia chorialnego jest niewątpliwie identyczny z hormonem zawartym w kosmkach łożyska. Drugą grupę tworzyłyby hormony z samej przysadki, następnie z surowicy krwi i z płynu mózgowo-rdzeniowego. Do tej ostatniej musimy zaszeregować również hormon z moczu kobiet wytrzebionych albo przekwitłych, jako niewątpliwie pochodzenia przysadkowego.

W pracy niniejszej przeprowadziliśmy szereg badań z hormonem uzyskanym z surowicy krwi i obserwowaliśmy jego wpływ na narząd rodny myszki białej.

Doświadczenia polegały na tym, że całej serii myszek białych i to tak niedojrzałych, jak i dojrzałych wstrzykiwaliśmy hormon gonadotropowy z surowicy krwi w różnych stężeniach od 20 jednostek począwszy do 800. Dla porównania wstrzykiwaliśmy również preparaty hormonu gonadotropowego, uzyskanego z moczu kobiet ciężarnych, temu samemu typowi zwierząt i w tych samych dawkach. Okazało się przy tym, że działanie hormonu gonadotropowego uzyskanego z surowicy krwi różni się pod wielu względami tak jakościowo, jak ilościowo od takiegoż samego uzyskanego z moczu. Przede wszystkim uderzało wybitne powiększenie jajników zarówno u zwierząt niedojrzałych, jak i dojrzałych, znacznie większe, aniżeli u zwierząt traktowanych hormonem z moczu, mimo że, jak wyżej wspomnieliśmy, porównywaliśmy zawsze ze sobą wynik końcowy po zastosowaniu tych samych dawek. Równocześnie z tym wybitnym powiększeniem zaciekawiał brak wylewów krwawych nie tak, jak w jajnikach zwierząt traktowanych hormonem z moczu. Natomiast występowała wyraźnie już gołym okiem widoczna luteinizacja. Wielkość jajników pozostawała w ogóle w zależności od dawki, z tym jednak zastrzeżeniem, że dotyczyło to w ogóle dawek małych i średnich, dawki duże nie wpływały już w sposób widoczny na wielkość jajników. Jajniki myszek, którym podawano hormon z surowicy krwi, były wielokrotnie większe od jajników myszek traktowanych hormonem z moczu. Jeszcze może wyraźniej zaznaczały się różnice w działaniu obydwóch rodzajów tego hormonu w wpływie jego na macicę. Podczas gdy macica u zwierząt traktowanych hormo-

nem uzyskanym z moczu nie przedstawiała prawie żadnych widocznych zmian, to przeciwnie, po hormonie z surowicy krwi stwierdzono bardzo znaczne powiększenia macicy u każdego ze zwierząt doświadczalnych, ponadto przekrwienie, wypełnienie rogów masami szklistymi, jednym słowem zmiany, jakie zwykle obserwujemy po podaniu hormonu pęcherzykowego.



Tak jajniki, jak i macice zwierząt doświadczalnych poddaliśmy badaniom drobnowidowym. Z całego szeregu preparatów mikroskopowych pozwalamy sobie przytoczyć poniżej najbardziej charakterystyczne z każdej grupy, i tak:

Jajnik myszki po małych dawkach hormonu uzyskanego z moczu: Bardzo silne przekrwienie tkanki śródmiąższowej. Nieliczne rosnące pęcherzyki Graafa z przerostem błony ziarnistej, między komórkami błony ziarnistej nieliczne drobne wylewy krwawe.

Po dawkach większych hormonu uzyskanego z moczu: Znaczniejsze wylewy krwawe, dużo początkowo rosnących pęcherzyków Graafa, z których tylko kilka przybiera nieco większe rozmiary. Luteinizacji tak tu, jak i w preparacie powyżej przytoczonym nie widać. W błonie śluzowej macicy również żadnych specjalnych zmian poza może nieznacznym przekrwieniem nie stwierdzono.

Jajniki po dawkach małych hormonu gonadotropowego z surowicy krwi: W tkance łącznej podścieliskowej wylewy krwawe, pęcherzyki Graafa znacznie większe niż w preparatach wyżej przytoczonych, ich błona ziarnista bardzo silnie przerosła, gdzieniegdzie luteinizująca. W błonie śluzowej rogu macicy wyraźne przekrwienie.

Po dawkach średnich tego hormonu: W jajnikach wylewy krwawe silniejsze. Pęcherzyki bardzo wielkie, błona ziarnista ogromnie przerosła, jej komórki nieco porozsuwane, duże ulegają luteinizacji.

Po dawkach wysokich: Znaczne wylewy krwawe w tkance między pęcherzykami. Pęcherzyki Graafa w wielkiej ilości znacznie powiększone ulegają silnej luteinizacji.

W błonie śluzowej macicy tu, jak i w preparacie poprzednim wyraźne zmiany o charakterze doczesnowym.

Doświadczenia powyższe stwierdziły i wykazały zajmujący obraz makroskopowy, jako też mikroskopowy narządu rodnego myszek białych po podawaniu hormonu z surowicy krwi. I tak makroskopowo uderzało znaczne powiększenie objętości jajników po hormonie gonadotropowym z surowicy krwi w porównaniu z wielkością jajników po hormonie gonadotropowym z moczu. Poza tym znaczne powiększenie rogów macicy, a wreszcie zupełny brak punktów krwawych. Drobnowidowo na plan pierwszy wysuwa się wielka liczba rozwijających się i dojrzewających pęcherzyków Graafa po podawaniu hormonu z surowicy krwi, nie tak, jak po hormonie z moczu, gdzie tylko nieliczne i to nie duże pęcherzyki dojrzewały. A w końcu znacznie wyraźniejsza luteinizacja po hormonie gonadotropowym z surowicy krwi.

Z rozważenia powyższych wyników dochodzimy do wniosku, że hormon z surowicy krwi właściwościami swoimi jest bardzo zbliżony, jeżeli nie identyczny, z hormonem właściwym przedniego płata przysadki. Jak wiadomo bowiem, objętość jajników po hormonie gonadotropowym z przysadki powiększa się dziesięciokrotnie więcej, co właśnie widzieliśmy w naszych przypadkach po podawaniu hormonu z surowicy krwi. Zupełną nowością natomiast jest powiększanie się wyraźne i bardzo znaczne rogów macicy. To ostatnie jednak kładziemy na pośredni wpływ gwałtownie rozwijających się jajników. Brak punktów krwawych po hormonie gonadotropowym z surowicy dowodziłby bardziej fizjologicznego działania tego hormonu. Już w poprzedniej pracy podkreślaliśmy nie fizjologiczny, jednostronny i zbyt gwałtowny wpływ hormonu gonadotropowego z moczu na jajniki zwierząt doświadczalnych, przy czym punkty krwawe określaliśmy jako właśnie patologiczny wyraz tej zbyt gwałtownej czynności hormonu.

Na podstawie tych wyników, badań i danych porównawczych dochodzimy do przekonania, że hormon gonadotropowy z surowicy krwi zbliża się zasadniczo przez swoje właściwości do hormonu produkowanego przez przedni płat przysadki i że hormon gonadotropowy z moczu jest raczej produktem rozpadu tego hormonu, który przeszedłszy przez organizm zostaje unieczynniony, a raczej wypaczony i zmieniony, przy czym oczywiście pewną rolę w tym odgrywają niewątpliwie nerki jako filtr organizmu.

Wnioski.

1. *Między hormonem gonadotropowym z moczu i z surowicy krwi istnieją zasadnicze różnice.*
2. *Działanie hormonu gonadotropowego z surowicy krwi na wzrost jajników myszek niedojrzałych jest wielokrotnie silniejsze od działania hormonu gonadotropowego z moczu, nawet w dawkach różnych.*
3. *Pod wpływem hormonu gonadotropowego z surowicy krwi występuje wybitny wzrost rogów macicy.*
4. *Działanie hormonu gonadotropowego z surowicy krwi ma charakter bardziej fizjologiczny od działania hormonu otrzymanego z moczu.*

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Doc. dr A. SABATOWSKI. Lwów.

Pokłosie Międzynarodowego Kongresu Uzdrowisk w Budapeszcie.

Od 7 do 14 października br. odbywał się w Budapeszcie I Międzynarodowy Kongres Uzdrowisk na zaproszenie Uzdrowiska Budapeszteńskiego, które posiada bardzo ruchliwy komitet propagandy. Kongres obesłały wszystkie państwa europejskie z wyjątkiem Hiszpanii i Sowietów, a ponadto Stany Zjednoczone, Chile, Egipt i Japonia. Z Polski przybyło 11 osób, z których podpisany był delegatem Rządu, Związku Uzdrowisk Polskich i Towarzystwa Balneologicznego i w tym charakterze zabierał głos w przemówieniach powitalnych. Reprezentowane były Iwonicz, Krynica, Morszyn, Swoszowice, Towarzystwo „Orbis". Obrady Kongresu toczyły się w 5 sekcjach, którym dano pomieszczenie w najokazalszym w Budapeszcie gmachu Łazienek i Hotelu św. Gellerta. Goście byli rozmieszczeni w domach zdrojowych na wyspie św. Małgorzaty, w Łazienkach św. Łukasza i św. Gellerta. Ogółem przybyło 324 osób. Obrady Kongresu przeplatane były wspólnymi biesiadami, pełnymi przemówień a zakończone zostały wspólną wycieczką do zakładów leczniczych nad jeziorem Balaton i wycieczką w góry węgierskie do uzdrowiska Lillafüred, z wielkim komfortem urządzonego już po wojnie. W sekcji ekonomicznej omawiano sprawę obrotu wodami mineralnymi w stosunkach międzynarodowych (L. Felber, Budapeszt), sprawy uprzyjemnienia pobytu w uzdrowiskach o sezonie całorocznym (V. Lakatos, Baden b/Wien) oraz akcję państwową dla wyzyskania zasobów zdrojowych włoskich (Rebucci, Rzym). W sekcji technicznej przedmiotem obrad było zagadnienie czystości powietrza w uzdrowiskach (E. Gecsö, Budapeszt), zaopatrywanie w ciepłą wodę, ogrzewanie i wietrzenie oraz ochrona przed hałasem w zakładach kąpielowych (K. Knuth, K. Möller, Budapeszt), zagadnienia higieniczne i sanitarno-techniczne w miejscowościach uzdrowiskowych (W. Scheff, Budapeszt, Tomasévicz, Belgrad), technika wdychiwania ziewów radowych wprost z powietrza (E. Wollmann, Oberschlemma), doświadczenia z zakresu bu-

dowy łazienek, domów zdrojowych i lecznic (Hegedüs, V. Bierbauer, Budapeszt), technika urządzania kąpieli borowinowych i mułowych (Friedrich, Berlin), nowoczesne badanie borowin (W. Benade, Berlin), badanie radioaktywności źródeł (L. Imre, Budapeszt) i hydrologiczne stosunki cieplic budapeszteńskich (F. Papp, Budapeszt). Znacznie skromniejszy był program sekcji propagandy i turystyki. Wyróżniały się tu dwa odczyty z Czechosłowacji, mianowicie o zadaniach uzdrowisk w zakresie pogłębienia stosunków międzynarodowych (A. Polnisch, Stary Smokowec) i wydrukowany w czasopiśmie zdrojowiskowym budapeszteńskim w numerze ku czci Zjazdu artykuł naczelnego lekarza z Karlsbadu dra Jerzego Arany pt.: „Współpraca Uzdrowisk" (autor nie przybył na Zjazd). Ten artykuł stanowi jednak najcenniejszy komentarz do pewnych zamierzeń na polu międzynarodowym gospodarki uzdrowiskowej i będzie jeszcze poniżej omawiany. Sekcja prawnicza zajmowała się zagadnieniami uproszczenia międzynarodowej statystyki uzdrowisk i turystyki (Medriczky A., Budapeszt), sprawą opodatkowania uzdrowisk w poszczególnych krajach europejskich (Kass B., Budapeszt), potrzebami prawniczego uregulowania zagadnień międzynarodowych (F. Deák, New York) oraz najważniejszym zagadnieniem statutu Międzynarodowej Federacji Uzdrowisk (Ivan Nagy, Budapeszt). W sekcji lekarskiej, która miała 14 odczytów, głównymi tematami były zagadnienia dietetyki w zdrojowiskach (A. Soós, Budapest, Jürgens, Berlin, B. Györki, Budapeszt), szpitale i lecznice w zdrojowiskach (Vámossy, Budapeszt, Sabatowski: O szpitalach i lecznicach w polskich uzdrowiskach), zagadnienia ogólno higieniczne uzdrowisk (J. Darányi, Budapeszt; W. Pfannenstiel, Marburg) i wyszkolenie pomocniczego personelu zdrojowiskowego (J. Benczur, Budapeszt). Luźne tematy dotyczyły zdrojowisk jugosłowiańskich (Neszkowicz, Belgrad), diety karlsbadzkiej (B. Molnár, Karlsbad) i klimatu tatrzańskiego (P. Kunsch, Tatranska Polianka). Dnia 11 października na osobnym posiedzeniu miało się odbyć ukonstytuowanie Międzynarodowej Federacji Zdrojowisk. Sprawę wnosił dr Emil Nágy, b. minister sprawiedliwości Węgier. Dla wtajemniczonych, a byli nimi w znacznej liczbie delegaci państw, było już wiadomym, że sprawa definitywnie załatwioną nie będzie i zostanie przekazaną obyczajem genewskim specjalnej komisji. Rozdany poprzednio na sekcji prawniczej projekt statutu Federacji nasuwał poważne wątpliwości różnym delegatom. Delegaci Niemiec i Włoch mieli mu do zarzucenia pewne postanowienia będące w sprzeczności z ustrojem prawnym tych państw, delegaci państw „młodych" obawiali się innych postanowień, rozmowy i pertraktacje poza salą obrad toczyły się bardzo żywo i doprowadziły w następstwie do połowiczego załatwienia. Jakież są główne postanowienia projektu statutu? Do celów Federacji ma należeć stworzenie ścisłej współpracy międzynarodowej między uzdrowiskami poszczególnych krajów pod względem ekonomicznym, technicznym, turystycznym, prawniczym i lekarskim, współpraca z organizacjami międzynarodowymi służącymi podobnym celom, zainteresowanie jak najszerszych sfer społeczeństwa uzdrowiskami, klasyfikacja i charakterystyka poszczególnych uzdrowisk wedle jednolitych zasad, utworzenie „katalogu zdrojowisk uznanych", wzajemna centralna pomoc dla członków Federacji w sprawach „konkurencji nielojalnej", pomocy prawniczej, dostarczania wzajemnie informacyj itd., pomoc w pracach naukowych i „konkursach międzynarodowych", tworzenie kursów dokształcających dla personelu kąpielowego, wydawanie międzynarodowego Przeglądu Zdrojowiskowego, wspieranie międzynarodowej propagandy zdrojowisk (standaryzacja druków propagandowych, uwolnienie od cła materiałów propagandowych, jak filmów, fotosów i dioram, wzajemna wymiana materiałów propagandowych, organizacja odczytów radiowych itd.). Osobny punkt statutu stanowi sprawa ujednostajnienia statystyki zdrojowiskowej i turystycznej w porozumieniu z biurami statystycznymi poszczególnych krajów i sekcją gospodarki i turystyki Ligi Narodów (która na ten Zjazd przysłała osobnego delegata). Końcowy paragraf tej części statutu brzmi dosłownie: „Walka i ogólna współpraca międzynarodowa dla podniesienia frekwencji w zdrojowiskach przez usunięcie utrudnień i przeszkód w postaci paszportów, wiz, formalności celnych, przywozu i wywozu dewiz; przebadanie sprawy jednolitych taks leczenia (prawdopodobnie chodzi o ryczałty lecznicze) i środków potrzebnych celem ściągnięcia jak największej ilości gości z krajów zamorskich".

Członkiem czynnym Federacji może być każde uzdrowisko, natomiast związki uzdrowisk i inne podobne zrzeszenia mogą być tylko członkami nadzwyczajnymi bez prawa głosu. Trzydziestu członków zwyczajnych z jednego kraju posiada 1 głos w zarządzie Federacji, więcej, jak 2 głosy, nie może mieć żadne państwo. Zarząd Federacji wybiera prezesa i 4 wiceprezesów stałych (angielski, francuski, włoski i niemiecki) oraz 3 dla innych krajów. Językami urzędowymi są francuski, angielski, niemiecki i włoski. Każdy członek płaci wkładkę w kwocie 50 franków złotych. Walne zebranie odbywa się raz do roku, sprawami Federacji kieruje zarząd złożony z prezesa, 7 wiceprezesów, sekretarza generalnego i takiegoż skarbnika. Siedzibą Federacji jest Budapeszt. Walne zebrania odbywają się w różnych krajach, zawsze w zdrojowisku lub stacji klimatycznej. Członek Federacji może być skreślony z listy z powodu niezapłacenia wkładki lub przeciwdziałania statutom lub interesom Federacji. Do rozstrzygania sporów między członkami służy sąd polubowny, złożony z dwóch arbitrów i superarbitra, działający bezapelacyjnie.

O ile niektóre punkty statutów nasuwają wyraźne wątpliwości co do tego, czy interpretacja ich będzie dla wszystkich członków korzystna (np. nieobecność w Federacji krajów mających mniej niż 30 uzdrowisk-członków), o tyle jeszcze mniej sympatyczne są glossy do całego projektu zawarte w artykule dra Arány z Karlsbadu pt.: *„Zusammenarbeit der Weltbäder"*, (Fürdöügyi Szemle — Przegląd Zdrojowiskowy, Budapeszt, październik 1937). Po gwałtownej filipice przeciwko samowystarczalności, do której dążą poszczególne kraje także na polu zdrojowiskowym, w której zarzuca się „wyszukiwanie na gwałt źródeł leczniczych, borowin", itp. i ich „natrętne reklamowanie na podstawie nienaukowych ocen" — przechodzi Arány do następujących propozycyj uregulowania na terenie międzynarodowym tej nieznośnej dla niego sytuacji. W każdym kraju ma powstać uprawomocniona komisja, która ma wysyłać delegatów do stałego Międzynarodowego Wydziału, który jedynie ma prawo rozstrzygać o propagandzie uzdrowisk na podstawie jednolitych zasad. Krajowa komisja ma wszystkie zdrojowiska krajowe zbadać i podzielić na dwie kategorie. Pierwsza, to te zdrojowiska, których zasoby przyrodzone i urządzenia są od wielu lat wypróbowane i które Międzynarodowy Wydział uzna za godne propagowania. Do drugiej kategorii należeć mogą zdrojowiska, *„die zwar im Lande lokal, als heilwirkende Agentien betrachtet werden können, jedoch ungenügend wirksam erscheinen, um der ersten Kategorie zu entsprechen"* (dosłowny cytat). Komisja krajowa ma ponadto postanowienia Międzynarodowego Wydziału przeprowadzać i wnioski do tegoż stawiać. Zadaniem tego Wydziału ma być wzajemna obrona interesów. Druki propagandowe mają być ujednostajnione. We wszystkich krajach świata mogą być otwierane jedynie wspólne biura propagandy dla wszystkich zdrojowisk, a więc i zagranicznych. Arány propaguje poza tym stworzenie ryczałtów leczniczych w postaci międzynarodowych listów pieniężnych na wzór *„Travellers checks"*, mających obieg we wszystkich krajach i wolnych od wszelkich utrudnień, na jakie napotyka uzyskiwanie dewiz. Koszty prowadzenia Międzynarodowego Wydziału mają pokrywać poszczególne kraje według klucza odpowiadającego ilości gości cudzoziemskich w zdrojowiskach tych krajów. Arány wyraża przekonanie, że sumy te będą o wiele mniejsze od tych, jakie obecnie wydają różne kraje na cele konkurencyjne. Nie wiem, dlaczego autor tego wspaniałego pomysłu nie przyjechał osobiście na Zjazd Budapeszteński. Być może, że *„manicure"* dokonana na jego projekcie przez Komitet Organizacyjny Zjazdu obraziła autora, ale też prawdopodobnie tylko przez przeoczenie Komitetu odczyt, niewygłoszony na Zjeździe, ukazał się drukiem.

Zjazd prowadzony był bardzo sprężyście a znana gościnność węgierska pozostawiła w pamięci uczestników najlepsze wspomnienia.

Dr Bolesław POPIELSKI. Warszawa.

Pierwsze międzynarodowe dnie patologii i organizacji pracy w Paryżu (1 do 6 czerwca 1937 r.).

Kongres ten odbywał się pod protektoratem ministrów Zdrowia Publicznego i Pracy Republiki Francuskiej, podsekretarza stanu Nauczania Technicznego, Dziekana Wydziału Lekarskiego w Paryżu, oraz przy współudziale Naczelnej Organizacji Pracy (*La Confederation Generale du Travail*) i Naczelnej Organizacji Przemysłu (*La Confederation Generale du Patronat Francais*). Głównym przewodniczącym Kongresu był prof. V. Balthazard, profesor medycyny sądowej Uniwersytetu Paryskiego. Komitety honorowe francuski, zagraniczny i organizacyjny obejmowały cały szereg nazwisk profesorów uniwersytetów i lekarzy z Francji i zagranicy. W Kongresie tym wzięli udział przedstawiciele 16 narodów przy czym delegacje niektórych narodów

liczyły po kilka osób. Reprezentowane były następujące narodowości: Albania, Austria, Belgia, Brazylia, Wielka Brytania, Czechosłowacja, Francja, Grecja, Kuba, Irak, Niemcy, Norwegia, Polska (brak oficjalnej delegacji!), Rumunia, Szwajcaria i Włochy.

Obrady Zjazdu poprzedzone przemówieniami powitalnymi przedstawicieli rządu, władz uniwersyteckich i wymienionych wyżej organizacyj, odbywały się w dużej sali wykładowej Wydziału Lekarskiego w Paryżu, ozdobionej sztandarami państw oficjalnie na zjeździe reprezentowanych.

Obfity program Zjazdu zawierał cały szereg prac, które wydrukowane zostaną w specjalnym pamiętniku Zjazdu. Pamiętnik ten jednak, nie będzie zapewne dostępny szerokiemu ogółowi lekarzy, dlatego też zamieścimy w niniejszym sprawozdaniu krótkie streszczenia cenniejszych referatów, celem zaznajomienia kolegów ze stanem tak aktualnego dziś, działu wiedzy lekarskiej. Posiedzenia naukowe i referaty poświęcono następującym działom: 1) organizacja pracy, nauczanie patologii pracy, ustawodawstwo; 2) patologia pracy; 3) zapobieganie. Pierwszy dział obejmował następujące referaty.

Dr C a r o z z i (Genewa): *Wpływ Międzynarodowego Biura Pracy na światowe ustawodawstwo w dziedzinie chorób zawodowych.* Poza ważną rolą w dziedzinie ustawodawstwa chorób zawodowych, Międzynarodowe Biuro Pracy jest, dzięki swym wydawnictwom, poważnym czynnikiem naukowo-wychowawczym.

Prof. dr E t i e n n e M a r t i n (Lyon): *Medycyna pracy.* Rys historyczny dotyczący ustawodawstwa francuskiego w tej dziedzinie.

Prof. dr D u v o i r i prof. dr F a b r e (Paryż): *Nauczanie i ćwiczenia w dziedzinie patologii pracy i toksykologii przemysłowej w Instytucie Higieny Przemysłowej i Medycyny Pracy na Wydziale Lekarskim w Paryżu.* Autorowie przedstawiają program nauczania we wspomnianym Instytucie.

Prof. dr H e i m d e B a l z a c (Paryż): *Nauczanie higieny przemysłowej;* rys historyczny; stan obecny we Francji. Higiena przemysłowa wykładana jest również w Instytucie wyżej wspomnianym. Autor uważa za niezbędne wprowadzenie instytucji lekarzy fabrycznych, którzy spełnialiby rolę wychowawczą, nadzorczą i doradczą w dziedzinie higieny pracy.

Prof. dr R a n e l e t t i (Rzym): *Choroby zawodowe podlegające ubezpieczeniom we Włoszech.* Obowiązkowe ubezpieczenie od chorób zawodowych, oparte na zasadach ubezpieczenia od wypadków, obejmuje 6 schorzeń w tym 5 zatruć zawodowych (ołowiem, rtęcią, fosforem, siarczkiem węgla, benzolem oraz ankilostomiazę). Wprowadzenie tego ubezpieczenia znacznie zmniejszyło, jak wykazują statystyki, ilość wspomnianych schorzeń zawodowych.

Dr B a u e r (Berlin): *Nowe ustawodawstwo niemieckie dotyczące odszkodowań w dziedzinie chorób zawodowych.* Obowiązkowe ubezpieczenie robotników od wypadków, datujące się w Niemczech od r. 1884 ulega stale ewolucji i rozszerzaniu, tak że dziś obejmuje cały szereg zawodów, licząc 27 milionów ubezpieczonych. Najnowsza ustawa ubezpieczeniowa, która weszła w życie w roku ubiegłym i bieżącym nie zastanawia się nad trudną i do dziś nie rozstrzygniętą definicją choroby zawodowej, lecz pojmuje ją jak najszerzej: każde schorzenie powstałe w związku z wykonywaną pracą, a związek schorzenia z pracą można ustalić lub wyjaśnić, jest w rozumieniu tego ustawodawstwa chorobą zawodową. Liczba schorzeń uznanych za schorzenia zawodowe podlegające odszkodowaniu, wynosi w chwili obecnej 26 (liczbą tą objęte są m. in.: schorzenia skóry, które sprawiają wiele trudności, często bowiem trudno jest ustalić, czy schorzenie skóry jest chorobą zawodową czy też zwykłym schorzeniem skóry; sylikoza, która tak często rozdmuchuje ciężką gruźlicę płuc, azbestoza, raki płuc, ołowica, itd.; sylikoza jest najczęstszym schorzeniem zawodowym w Niemczech, gdyż na 14.000 chorób zawodowych podlegających odszkodowaniu i zarejestrowanych w ciągu ostatnich 10 lat, ilość przypadków dotyczących sylikozy wynosiła 7.000). Ubezpieczenie w tej dziedzinie obejmuje: 1) leczenie bez ograniczenia czasu, aż do zupełnego wyzdrowienia, 2) wyszkolenie w nowym zawodzie, jeżeli ubezpieczony stał się niezdolnym do zawodu dotychczasowego, 3) rentę stałą, która w wypadku niezdolności ponad 50% obejmuje również zapomogę dla dzieci. — Choroby zawodowe podlegają w Niemczech obowiązkowi zgłaszania przez lekarzy praktykujących do państwowego lekarza chorób zawodowych (*Staatl. Gewerbearzt*), który przeprowadza ponowne badania i wydaje odpowiednie orzeczenie.

Prof. dr L a n g e l e z (Bruksela): *Służba opieki nad pracą w Belgii.* Państwowa opieka nad warunkami pracy datuje się w Belgii od 40 lat. Służba ta dysponuje dobrze urządzonym laboratorium (a również laboratorium ruchomym, urządzonym w samochodzie) i wyszkolonym personelem, który bada warunki pracy w poszczególnych fabrykach, wykazując nieprawidłowości i powodując ich usunięcie.

Dr R o u q u e s (Paryż): *Organizacja służby wypadkowej. Chirurgia urazowa. Projekt racjonalnej organizacji.* Organizacja chirurgii urazowej w Paryżu stoi w chwili obecnej na bardzo niskim poziomie i nie może zapewnić racjonalnego ratowania życia w wypadkach pracy. Wśród miast o najlepszej organizacji chirurgii wypadkowej wyróżnia autor Moskwę, Wiedeń i Rio de Janeiro. Projekt wzorowej organizacji chirurgii urazowej podany przez autora przewiduje stworzenie: 1) obwodowych stacji pierwszej pomocy w wypadkach pracy przy większych zakładach fabrycznych oraz miejskich stacji w poszczególnych dzielnicach miasta; 2) szpitali chorób urazowych specjalnych i przystosowanie istniejących szpitali miejskich i prywatnych do chirurgii urazowej; 3) centralnego instytutu dla spraw urazowych (ogólne kierownictwo akcją, zbieranie materiałów, opracowywanie statystyki, przeprowadzanie badań psychotechnicznych, propaganda, utrzymywanie kontaktu ze sferami przemysłowymi i robotniczymi, zapobieganie wypadkom itd.). Następnie omawia autor materialną i techniczną stronę zagadnienia.

Dr S c h w a r t z (Berlin): *Radiografia pierwszej pomocy w wypadkach pracy.* Autor przedstawia pokrótce organizację chirurgii urazowej w Berlinie, która stara się zapewnić choremu możliwie najszybszą i najlepszą pomoc lekarską. Autor podkreśla ważność pierwszej pomocy w wypadku, od której zależy nieraz cały dalszy przebieg jego skutków; tak np. robotnik dotknięty złamaniem kończyny już na miejscu wypadku otrzymuje szynę wyciągową, ażeby nie pogorszyć stanu w czasie transportu. Każda większa fabryka posiada własną pracownię rentgenowską, w której złamania nastawiane bywają pod kontrolą wzroku; ważnym bywa również wykluczenie złamania i natychmiastowe uspokojenie zdenerwowanego wypadkiem robotnika.

B e r n h e i m i L e v y (Paryż): *Uwagi krytyczne na temat ustawodawstwa pracy.* Ustawodawstwo dotyczące chorób zawodowych we Francji jest dziś niedostateczne; autorowie proponują traktowanie chorób zawodowych na równi z wypadkami przy pracy.

Dr P o l l e t (Paryż): *Słownictwo chorób zawodowych w ustawodawstwie francuskim z punktu widzenia sądowo-lekarskiego.* Uwagi krytyczne istniejącego ustawodawstwa dotyczącego chorób zawodowych, opracowanego przez prawników bez współudziału lekarzy. Ustawodawstwo to, zawierające cały szereg nielogiczności z punktu widzenia lekarskiego budzi wiele wątpliwości (autor podaje szereg przykładów m. in. spirochetozy jako schorzenia zawodowe i zakaźne; objawy kliniczne niektórych zatruć zawodowych (np. *„nephritis mercurialis", „anaemia saturnina")* pojęte są jako schorzenia zawodowe, podczas gdy podobne schorzenia spowodowane przez inne zatrucia nie są uwzględnione). Autor proponuje utworzenie komitetu ekspertów, który by w wypadkach wątpliwych określał pojęcie choroby zawodowej.

K r e h e r (Paryż): *Rozwój ustawodawstwa w dziedzinie chorób zawodowych.* Reforma ustawodawstwa dotyczącego chorób zawodowych we Francji (z r. 1919) jest konieczna; nawet gdy ustawodawstwo to obejmuje cały szereg konkretnych chorób zawodowych, istnieje jednak obawa, że pewne schorzenia powstałe niewątpliwie w związku z wykonywaniem pracy nie są w ustawie przewidziane. Autorka proponuje wprowadzenie do ustawodawstwa ogólnego pojęcia choroby zawodowej, przytaczając definicję Etienne M a r t i n'a: „choroba zawodowa jest to choroba powstała przez wykonywanie pracy, bez względu na miejsce wykonywania lub powstała dzięki warunkom w jakich praca była wykonywana".

Prof. W ü r z (Monachium): *Ogólne zasady odżywiania.* Autor omawia zasady odpowiedniego odżywiania robotników, stwierdzając m. in., że pokarm robotnika niemieckiego, pozbawiony jarzyn, jest zbyt ubogi w witaminy, natomiast pokarm robotnika francuskiego obfity w jarzyny jest bardziej wartościowy. Poza jakością pokarmu, duże znaczenie ma miejsce spożywania pokarmów, które powinno dawać fizyczny i psychiczny odpoczynek; wzorowe słoneczne jadalnie wielkich zakładów przemysłowych (które autor zademonstrował na przeźroczach) spełniają właśnie tę rolę, odciągając robotnika od duszących lokali restauracyjnych, w których przepija cały swój zarobek.

W dziale patologii pracy wygłoszono następujące referaty:

Prof. L o e p e r i dr G i l b r u n (Paryż): *Zawodowe, przewlekłe zatrucie tlenkiem węgla.* Autorowie stwierdzili u 5 robotników pracujących w gazowni objawy zatrucia pod postacią bólów głowy, zaburzeń trawiennych i niedokrwistości. Na pod-

stawie ilościowych badań krwi na obecność tlenku węgla, przeprowadzonych przy pomocy metody Nicloux, autorowie rozpoznają w tych przypadkach przewlekłe otrucia tlenkiem węgla. Prof. Kohn-Abrest zabierając głos w dyskusji stwierdził, że już normalnie znajduje się we krwi pewna ilość tlenku węgla. Według jego spostrzeżeń w wypadkach ostrych zatruć, tlenek węgla może ulec całkowitemu wydzieleniu w ciągu kilku godzin, podczas gdy w wypadkach otruć przewlekłych, zawartość małych ilości tlenku węgla utrzymuje się nieraz w ciągu kilku miesięcy; wynikało by z tego, że mechanizm wiązania tlenku węgla we krwi jest w przypadkach zatruć ostrych i przewlekłych odmienny. Prof. Flury (Würzburg), przemawiając również w dyskusji, podniósł konieczność możliwie szybkiego wykonywania badań krwi na obecność tlenku węgla; niedostateczność metod, którymi dziś dysponujemy, nie pozwala bowiem na wykrywanie małych ilości tlenku węgla we krwi, dzięki czemu nigdy niemal nie można tej obecności wykluczyć.

Prof. Brindeau (Paryż): *Patologia pracy u kobiety ciężarnej.* Zmiany zachodzące w organizmie kobiety ciężarnej czynią ją szczególnie wrażliwą na urazy pracy. Zatrucia, zbyt wyczerpująca praca, gwałtowne ruchy, są szczególnym niebezpieczeństwem dla matki i płodu. Wprawdzie opieka społeczna nad kobietą ciężarną poczyniła ostatnio znaczne postępy, nie jest jednak jeszcze wystarczającą. Warunki ekonomiczne nie pozwalają jej na najidealniejsze rozwiązanie tego zagadnienia przez zupełną eliminację kobiet z fabryk.

Dr Dalsace (Paryż): *Schorzenia zapalne przydatków u kobiet pracujących.* Większość schorzeń zapalnych przydatków dotyczy, jak wykazały statystyki, kobiet pracujących i staje się dziś wcale poważnym zagadnieniem społecznym. Schorzenia te mają rozmaitą etiologię będącą, bądź to w związku z warunkami pracy (statyczne, mechaniczne) bądź też, co zdarza się najczęściej, z brakiem czasu na wypoczynek po poronieniach i połogach lub niemożnością poddawania się dłuższemu leczeniu.

Prof. Sezary (Paryż): *Dermatozy zawodowe.* Autor przedstawia następujący podział dermatoz zawodowych: A) schorzenia nowotworowe skóry, mogące powstawać w dłuższy czas po wykonywaniu zawodu (raki skóry u robotników w rafineriach nafty, raki skórne rentgenologów). B) schorzenia skóry powstające bezpośrednio, w związku z wykonywaną pracą, wywoływane przez czynniki fizykalne, chemiczne, drobnoustrojowe i pasożytnicze. Schorzenia te dzieli autor na te, które występują u wszystkich pracujących w danym zawodzie i na schorzenia występujące jedynie u osobników szczególnie nadwrażliwych, predysponowanych. Predyspozycję tę wykrywać można przy pomocy prób naskórnych i w ten sposób zapobiegać schorzeniom.

Dr Tzanck i dr Sidu (Paryż): *Zagadnienia nietolerancji w medycynie pracy.* Teoretyczne rozważania na temat rozmaitych rodzajów nietolerancji (idiosynkrazja, anafilaksja, intoksykacje) i ich zależności od szeregu czynników (teren, osobnik).

Prof. Flury (Würzburg): *Wielkie zagadnienia nowoczesnej toksykologii zawodowej.* Krótki ten, głęboko ujęty wykład autora będącego profesorem farmakologii w Würzburgu, należał niewątpliwie do najlepszych i najcenniejszych na zjeździe: Postęp techniczny ludzkości, cywilizacja czasów dzisiejszych, niesie według autora, cały szereg czynników szkodliwych dla zdrowia. Oddychamy nie tylko powietrzem zanieczyszczonym trującymi składnikami we fabrykach, ale także codziennie, na ulicach wielkich miast; poza tlenkiem węgla, wchłaniamy codziennie szereg innych trucizn (benzyna, benzol); coraz częstsze wprowadzanie do wewnątrz najrozmaitszych środków chemicznych pod postacią używek i popularnych leków przeładowuje organizm ciałami obcymi, z których toksycznego wpływu nieraz nie zdajemy sobie sprawy; ujemny wpływ tych przewlekłych zatruć odbić się może dopiero w następnych pokoleniach. Należy rozbudować toksykologię ilościową, zwłaszcza w zatruciach przewlekłych, dzisiejsze wiadomości w tej dziedzinie są bowiem bardzo nieścisłe i niejasne. Możność wykrywania drobnych ilości jadów, pozwoli nam na poznanie szeregu przewlekłych chorób zawodowych. Współpraca lekarzy, chemików i techników w opracowywaniu tych zagadnień jest nieodzowną.

Dr Tara (Paryż): *Przewlekłe zatrucie benzenem w zakładach fabrycznych w okolicy Paryża.* Autora, jako lekarza ubezpieczeń społecznych, uderzył fakt szczególnie długiej niezdolności do pracy u robotników chorych z rozmaitych przyczyn a pracujących w fabrykach, w których narażeni byli na działanie pary benzenu. Wśród dużej różnorodności objawów chorobowych stale dawało się wykazać ogólne osłabienie, łatwe męczenie się, niedokrwistość, leukopenię, agranulocytozę, eozynofilię i limfocytozę. Okazało się, że schorzenia dotyczyły tylko tych robotników, którzy pracowali w fabrykach posiadających nieprawidłowy system przewietrzania i złe warunki higieniczne.

Dr Engel (Berlin): *Toksykologia benzolu i jego pochodnych.* Toksyczny wpływ na szpik kostny należy przypisać według autora samemu benzolowi, podczas gdy jego pochodne, jak toluol i ksylol są mniej dla zdrowia szkodliwe. Dr Arnoldson (Kuba) omówił hematologię zatruć benzenem na podstawie spostrzeżeń poczynionych w Paryskim Zakładzie Patologii Pracy.

Dr Valentin (Paryż): *Zagadnienie czteroetylenku ołowiu.* Autor omawia niebezpieczeństwa i sposoby zapobiegania w zatruciach ołowiem, przy fabrykacji i używaniu benzyny zawierającej czteroetylenek ołowiu, (czteroetylenek ołowiu dodawany bywa w niektórych krajach do benzyny, jako środek przeciwstukowy) dochodząc do wniosku, że zatrucie to w ogóle się nie zdarza; jedynie przy odczyszczaniu motorów opalanych wspomnianą benzyną, robotnicy mogą być narażeni na zatrucie ołowiem.

Prof. Ribeiro (Rio de Janeiro): *Zaburzenia patologiczne opuszek palców u robotników.* Opuszki palców poza takimi schorzeniami, jak trąd, sklerodermia, zmiany pod wpływem działania promieni Roentgena, mogą również ulegać zmianom utrudniającym lub uniemożliwiającym przeprowadzenie daktyloskopii, przy różnego rodzaju dermatozach skórnych; w tych jednak wypadkach (zwłaszcza przy wypryskach przewlekłych) po pewnym czasie i leczeniu, linie papilarne stają się znów wyraźne, pozwalając na przeprowadzenie daktyloskopii. Zmiany patologiczne powstałe na opuszkach palców pod wpływem pracy należy traktować jako chorobę zawodową.

Prof. Baader (Berlin): *Schorzenia zapalne płuc wywołane solami manganu.* Zgodne statystyki wielu krajów wskazują, że robotnicy pracujący przy przeróbce manganu zapadają na schorzenia zapalne płuc (*Manganpneumonie*), które uważać należy za choroby zawodowe.

Dr Coutela (Paryż): *Uszkodzenia oczu w przemyśle elektrycznym.* Mechanizm uszkodzeń oczu w tym przemyśle jest dwojakiego rodzaju: jeden przez rażenie prądem elektrycznym na skutek czego wytworzyć się może zaćma, drugi przez oślepiające działanie światła iskry elektrycznej, w szczególności łuku elektrycznego, powodujące tzw. oftalmię elektryczną (*keratoconjunctivitis, scotoma, cataracta*). Pomimo braku wyraźnej granicy w działaniu poszczególnych rodzajów promieni na tkanki oka, wykazać można, że np. promienie pozafiołkowe powodują raczej schorzenia spojówek, a pozaczerwone raczej schorzenia samego oka (zaćmy). Uszkodzenia te grożą przy pracy, w wielu działach przemysłu (metalurgicznym, elektrycznym, kinematograficznym).

Dr Desplat (Paryż): *Gruźlica kostno-stawowa a uraz.* Opis przypadku, w którym bezpośrednio po wypadku, stwierdzono przy pomocy promieni Roentgena, daleko posuniętą gruźlicę stawu kolanowego, co miało zasadnicze znaczenie w ocenie ubezpieczeniowej tego wypadku.

Dr Raynaud (Paryż): *Zmęczenie i przeciążenie pracą u pracowników umysłowych.* Ważnym zagadnieniem medycyny pracy jest nie tylko praca i jej skutki u pracowników fizycznych, ale także u umysłowych. Zapobieganie przeciążeniu i przemęczeniu pracowników umysłowych winno polegać na usuwaniu przyczyn je powodujących.

Dr Belot i L. Nahan (Paryż): *Artrozy drobno- i wielourazowe stawu łokciowego.* Robotnicy pracujący z pomocą przyrządów trzymanych w rękach silnie drgających i wibrujących, jak np. młotków i świdrów mechanicznych, zapadać mogą na schorzenia stawu łokciowego, podobne do przewlekłego zniekształcającego zapalenia stawów. Schorzenia te zwykle obustronne, są stosunkowo rzadkie i występują u nieznacznej części robotników (2 na 1000) pracujących w tych samych warunkach; na tej podstawie autorowie wysnuwają wniosek, że do wystąpienia tego schorzenia potrzebną jest oprócz urazów pewna skłonność stawów; inni autorowie negują natomiast istnienie skłonności uważając, że jedynym czynnikiem wywołującym te schorzenia jest niezręczność i nieodpowiednie używanie wspomnianych narzędzi przez robotników.

Dr Dechaume (Paryż): *Obrażenia jamy ustnej jako choroby zawodowe.* Obrażenia jamy ustnej powstające w związku z wykonywaniem zawodu dzieli autor następująco: 1) uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej (pośrednie i bezpośrednie), 2) uszkodzenia zębodołów, 3) uszkodzenia zębów (pary kwasów, próchnica w związku z pracą w cukrownictwie), 4) uszkodzenia kości szczękowych (np. w zatruciach rtęcią, fosforem).

Dr Landolt (Paryż): *Niebezpieczeństwa emalii zawierających ołów.* Przemysł emalii ołowiowych dostarcza największą

ilość wypadków ołowicy we Francji. Używanie ołowiu w tym przemyśle nie jest nieodzowne i należało by go za wzorem innych państw (Belgia) zabronić.

Dr Holtzmann (Karlsruhe): *Dobór robotników w przemyśle ołowiowym z lekarskiego punktu widzenia.* Dokładne badanie lekarskie, uwzględniając m. i. dotychczasowy stan zdrowia winno usuwać robotników podejrzanych na skłonność do ołowicy.

Prof. Koelsch (Monachium): *Warunki powstawania sylikozy.* Nie tylko ilość zanieczyszczeń pyłowych, ale również i ich jakość odgrywa rolę przy powstawaniu tego schorzenia.

Dr Milhaud (Paryż): *Chemiczny sprawdzian zmęczenia ogólnego.* Zwiększenie lub zmniejszenie poziomu bezwodnika kwasu fosforowego w moczu (normalnie 0,05 do 0,12) wskazuje według autora na stan zmęczenia ogólnego. Próba ta ma znaczenie orientacyjne i uzupełniać winna badanie kliniczne.

Dr Uzac (Tuluza): *Wypadki spowodowane działaniem elektryczności.* Autor przedstawia cały szereg schematycznych rysunków dotyczących przebiegu wypadków spowodowanych działaniem elektryczności na kolejach francuskich linii południowych. Omawia przy tym sposób działania różnych rodzajów prądów elektrycznych na ustrój ludzki. Autor zwraca szczególną uwagę na stosowanie sztucznego oddychania w ratownictwie (wyszkolenie personelu); wyszkolenie takie jest jedynym i najlepszym środkiem w wypadkach porażeń prądem elektrycznym. Istnieje również pewna predyspozycja do wypadków z elektrycznością u robotników szczególnie wrażliwych na działanie prądu elektrycznego (np. robotników posiadających stale wilgotne ręce); takich należy wyeliminować z pracy lub odpowiednio zabezpieczyć (rękawiczki gumowe).

W trzecim dziale Kongresu omówiono zagadnienia zapobiegania chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.

Prof. Kohn-Abrest (Paryż): *Kontrola chemiczna czystości powietrza w pomieszczeniach zamkniętych.* Opis metod i pokaz aparatów służących do oznaczania zanieczyszczeń powietrza; autor wprowadził szereg modyfikacyj aparatury, zwiększających konieczną w tych rodzajach badań szybkość, dokładność i przejrzystość. Laboratorium przenośne, przeznaczone specjalnie do tego rodzaju badań, zmontował autor w odpowiednim samochodzie.

Prof. Lahy (Paryż): *Badania doświadczalne przyczyn psychologicznych wypadków.* Autor przeprowadził liczne badania psychotechniczne, używając całego szeregu rozmaitych sprawdzianów w laboratorium psychotechnicznym linii północnych kolei francuskich, porównując robotników, którzy ulegali wypadkom i robotników, którzy w ciągu wielu lat pracy wypadków nie mieli. Badania te wykazały, że robotnicy „wypadkowi" choć intelektualnie byli bez różnicy z „bezwypadkowymi", mają wyraźnie zmniejszoną szybkość reakcji i są mniej zręczni. Dobór odpowiednich pracowników, a przez to zapobieganie wypadkom opierać się winno na badaniach psychotechnicznych, w celu kierowania nie nadających się pracowników do odpowiedniejszych zawodów.

Dr Ichok (Paryż): *Laboratorium badań naukowych państwowych kolei francuskich.* Autor omawia organizację i metody pracy wspomnianego laboratorium, mającego na celu studiowanie przyczyn wypadków i zapobieganie im. Kandydaci na pracowników kolejowych poddawani są szczegółowym badaniom, przy których oznacza się m. in.: siłę mięśniową, wrażliwość skóry (na działanie prądu elektrycznego), pojemność płuc, elektrokardiogram, umiejętność skupiania uwagi, szybkość reakcji, bystrość słuchu (przy pomocy precyzyjnego audiometru Romera), stereoskopię (wyczuwanie głębi obrazu), zdolności pamięciowe, zdolności mechaniczne (składanie prostych technicznie aparatów). Laboratorium to zatrudnia 37 osób i wyposażone jest w nowoczesne aparaty do badań psychotechnicznych. Na podstawie tego rodzaju badań, wyłącza się w miarę możności, pracowników niezdolnych i nieodpowiednich, zwiększając przez to bezpieczeństwo ruchu.

Dr Barthe (Paryż): *Współczesne zasady medycyny fabrycznej.* Rola lekarza w życiu fabryki; najważniejszym zadaniem medycyny fabrycznej jest zapobieganie. Lekarz fabryczny przez stwarzanie odpowiednich warunków pracy dba o rozwój fabryki, pracując dla dobra zarówno robotników, jak i przemysłowców. Stała współpraca lekarza z właścicielami, inżynierami, robotnikami, technikami sanitarnymi, higienistkami i psychotechnikami w fabryce a z instytucjami leczniczymi w okolicach (szpitale i ośrodki zdrowia) jest nieodzowna.

Dr Layani i p-na Glotz (Paryż): *Zapobieganie i leczenie schorzeń kostno-stawowych pochodzenia zawodowego.* Autorowie omawiają wpływ napięcia aparatu więzadłowego na schorzenia stawowe, podnosząc ścisły związek pomiędzy tym napięciem (*tonus*) a czynnościami wewnątrz-wydzielniczymi. Leczenie schorzeń stawowych powinno zatem obejmować, poza środkami zwykle stosowanymi, również i aparat wewnątrz-wydzielniczy (preparaty gruczołów dokrewnych). Robotnicy dotknięci już schorzeniami stawowymi, powinni być wyłączeni z pracy nadwerężającej aparat stawowy i odbywającej się w niekorzystnych warunkach (wilgotny klimat).

Dr P. Marchandise (Bruksela): *Opieka społeczno-lekarska nad chorymi na serce w Belgii.* Schorzenia serca są najczęstszą przyczyną śmierci, wynosząc 20% (gruźlica 7%) ogólnej ilości zgonów. W zwalczaniu schorzeń serca wyodrębnić należy zagadnienie czysto lekarskie i zagadnienie społeczne. Przez udoskonalenie metod rozpoznawczych (autor wylicza najrozmaitsze sposoby badania narządu krążenia), należy doprowadzić do tego, ażeby każdy pracownik wykonywał pracę odpowiadającą jego siłom fizycznym. Rokowanie w schorzeniach serca zależy bowiem od zawodu, a zatem od rodzaju wykonywanej pracy. Obowiązkiem odpowiednio zorganizowanej opieki społecznej nad sercowo chorymi jest zmniejszenie szkód, jakie choroby te wywołują w życiu społecznym.

Dr Pison (Paryż): *Radiologia lekarska z punktu widzenia ustawodawstwa francuskiego.* Autor omawia niebezpieczeństwa, jakie stwarza energia promienista dla personelu lekarskiego; ustawodawstwo dotyczące jej stosowania, ustawodawstwo dotyczące schorzeń zawodowych a obejmujące również schorzenia powstałe przez działanie energii promienistej, wreszcie zasady zapobiegania. Dobre urządzenia techniczne i wychowanie personelu są wystarczającym czynnikiem zapobiegającym.

Dr Godard (Paryż): *Ubezpieczenia społeczne a patologia pracy.* Rola lekarza ubezpieczeń społecznych ma duże znaczenie w zapobieganiu i w walce z chorobami zawodowymi.

Poza posiedzeniami naukowymi, w ramach Międzynarodowych Dni Organizacji i Patologii Pracy, odbyło się szereg wycieczek zapoznających uczestników z warunkami pracy w dużych zakładach fabrycznych Francji. Zwiedzono następujące zakłady fabryczne: olbrzymie zakłady fabryki samochodów Renault w Paryżu, z niezmiernie interesującą seryjną produkcją samochodów na przesuwającej się taśmie; rafinerię nafty w Gennevilliers pod Paryżem; zakłady graficzne „Neogravure" w Paryżu; olbrzymią rafinerię Standard Motor oil Cy. w Rouen wraz z jej wzorowym miastem robotniczym. Poza tym zwiedzono miasteczko Suresnes pod Paryżem zamienione w ciągu ostatnich paru lat na pełne zieleni i słońca miasto-ogród ze wspaniałymi szkołami dla dzieci i młodzieży. Do najbardziej godnych uwagi należało zwiedzenie laboratorium psychotechnicznego państwowych kolei francuskich w Viroflay (wyżej w części referatowej wspomnianego).

Poza bankietem oficjalnym podejmowani byli uczestnicy Kongresu przez Zarząd Miasta Paryża, Konfederację Generalną Pracy (C. G. T.) w nowoczesnym gmachu „Domu Robotnika" i przez Konfederację Generalną Przemysłu w gmachu, który ostatnio uległ zamachowi bombowemu.

Prace, wygłoszone w czasie Międzynarodowych Dni Organizacji i Patologii Pracy, wyżej krótko zreferowane, ogłoszone zostaną w całości w specjalnym pamiętniku, który otrzymać będzie można w Sekretariacie Generalnym Kongresu: *Docteur Guy Hausser, Institut Médico-Légal, place Mazarse, Paris 12-e.*

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Medycyna. Nr 22. 1937. Wilczkowski E.: Badania doświadczalne nad istnieniem chemicznych odruchów warunkowych we krwi u ludzi. — Zaremba G.: Wpływ naturalnych półkąpieli kwasowęglowych w Krynicy na wysokie ciśnienie krwi. — Grodzieński E.: Z kliniki wpływu jajników na układ krwiotwórczy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 45. 1937. Biro M.: Choroba Littlea a zaburzenia oczne. — Karbowski B.: Dalsze obserwacje nad ropniami przestrzeni pajęczynówkowej (absc. subduralis reps. intermeningealis) w następstwie schorzeń jam obocznych nosa. — Kranz Sz.: O wartości leczniczej roztworów hipertonicznych w przypadkach wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego po urazach czaszki (dok.). — Pines I.: Przyczynek do rozpoznawania sprawy zawałowej mięśnia sercowego. — Kacprzak M.: Czynnik społeczny w chorobach zakaźnych.

Nowiny Lekarskie. Z. 23. 1937. Dega W.: Wskazania do leczenia ortopedycznego pourazowych okaleczeń narządów ruchu u ubezpieczonych od wypadków. — Godula Cz.: Wpływ witaminy C na odporność erytrocytów. — Benendo Fr.: Przyczyny różnicowania płci u człowieka. — Ontarowski N.: Krótkie doniesienie o działaniu szczepionki „sistofebrin" w chorobach infekcyjnych.

Lekarz Wojskowy. T. XXX. Nr 10. 1937. Missiuro Wł.: Fizjologia ćwiczeń cielesnych (c. d.). — Galinowski Zdz. i Zahorski W.: Obraz morfotyczny krwi w chorobach wątroby (dok.). — Kiersnowski T.: Transport rannych przez sanitariuszy kompanijnych w piechocie (dok.). — Weiner J.: Przypadek posocznicy wywołanej prawdopodobnie przez szczep zaerobizowany bact. perfrigens. — Mogielnicki S. St.: Doktór medycyny i chirurgii Wilhelm Malcz i jego poglądy na cholerę (dok.).

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr 23. 1937. Krasuski A.: Zarys historyczny rozwoju medycyny społecznej. — Wiecki Cz.: O rozdawnictwie leków. — Wengierow J.: Na marginesie problemu układów zbiorowych pomiędzy ubezpieczalniami społecznymi a lekarzami.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 48. 1937.

Acta Balneologica Polonica. Z. 3. 1937. Weissenbach R. J. i Françon Fr.: Leczenie, higiena i zapobieganie choroby Bouillauda i jej powikłań. — Bertani G. C.: Problem kliniczny płaskiej stopy. — Kowalczykowa J. i Mester A.: Pierwotnie przewlekły gościec stawowy a skrobiawica. — Mester A.: Immunobiologiczny odczyn swoisty dla gośćca. — Mester A.: Leczenie schorzeń gośćcowych wstrzykiwaniami wód kruszcowych. — Zubrzycki J.: Stosowanie borowinowych zabiegów dopochwowych w zakładach zdrojowych. — Godłowski Z.: Mechanizm pozajelitowego działania poszczególnych elektrolitów zawartych w „Zuberze". — Felix J.: Badania doświadczalne i kliniczne nad działaniem histaminazy.

Wiedza Lekarska. Nr 11. 1937. Gorecki Zdz.: Powstawanie, rozpoznawanie i leczenie rozszerzeń oskrzeli.

Prasa Lekarska. Nr 12. 1937. Michon P. i Collesson L.: Wymioty acetonemiczne u dorosłych. — Kaniak J.: Odma samoistna (pneumothorax spontaneus).

Therapia Nova. Nr 11. 1937. Moszkowska I.: Rola przysadki w ustroju i leczenie schorzeń, spowodowanych jej zaburzeniami. — Goldschmidt E.: Przyczynek do leczenia krwawień z narządów rodnych kobiety. — Płudowski J.: Serce i wydzielanie wewnętrzne.

Pielęgniarka Polska. Nr 11. 1937.

Młoda Matka. Nr 23. 1937.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr 208. 1937.

OCENY.

La cycle de l'infection tuberculeuse humaine (Cykl zakażenia gruźliczego u człowieka). J. BRUN. Masson et Cie. Paris 1936, str. 369.

Godnym poważnego zastanowienia jest fakt istnienia w nauce „szkół narodowych". W innych bowiem dziedzinach twórczości, np. w sztuce, fakt istnienia szkół narodowych wydaje się oczywisty (w malarstwie szkoła francuska, holenderska, w śpiewie szkoła włoska, niemiecka itp.), gdyż znaną i docenioną jest w nich rola subiektywizmu twórcy. Naukę jednak chce wielu uważać za dziedzinę międzynarodową lub ponad narodową. Niesłusznie. Pojęcie „międzynarodowości" nauki jest przeżytkiem minionego wieku, przeżytkiem kultywowanym jeszcze przez pewną grupę ludzi dla celów wyłącznie utylitarnych.

Subiektywizm twórcy, oparty o jego umysłowe cechy narodowe (geniusz narodowy), jest nader ważnym elementem twórczości ściśle naukowej i to elementem produktywnym. *Francuski polot* dał medycynie odkrycia Pasteura, *niemiecka ścisłość* dała jej prace Virchowa. Owoce pracy tych dwu mężów stały się własnością międzynarodową, tak, jak międzynarodową własnością jest piękno *włoskich* Madonn Rafaela. Ale twórcy, ich metody pracy i ich „szkoły", były na wskroś narodowe.

Uwagi te nasuwa mi lektura pięknego dzieła J. Bruna. Autor, Francuz, stara się przedstawić przebieg zakażenia gruźliczego od chwili zakażenia, aż do rozwoju zmian trzeciorzędnych, oparty głównie o prace autorów niemieckich, zbyt mało znanych (jak to przyznaje w przedmowie) w jego ojczyźnie. A przecież właśnie szkoła niemiecka poszczycić się może największymi zdobyczami ftizjologicznymi ostatnich lat dwudziestu (Ranke, Assmann, Redeker, Huebschmann i in.).

Logiczne, patogenetyczne powiązanie w jedną całość wszystkich anatomicznych i alergicznych objawów gruźlicy, nie udało się jeszcze nikomu. J. Brun, bez pretensji stwarzania nowego systemu, powołując się na inteligentnie przetrawioną naukę Rankego, omawia przebieg choroby gruźliczej. Pierwszy i trzeci okres nie nasuwają w ogóle wątpliwości. Do drugiego okresu zalicza Brun: nacieki okołoogniskowe (epituberkulozy, gruźlicę gruczołową (o skrofulozie nie wspomina), reinfekcje (ogniska Puhla i Simona), zapalenia opon mózgowych. opłucnej i w ogóle błon surowiczych, gruźlicę kostno-stawową i w ogóle poza płucną, wreszcie gruźlicę prosówkową (omówienie stanowczo za krótkie). Argumentacja autora jest jasna i przekonywująca, przykłady trafne i dobrze dobrane, ilustracje piękne. W ogóle całą tę część książki czyta się z dużym zainteresowaniem i nie budzi żadnych poważniejszych zastrzeżeń. Natomiast nie potrzebnym balastem są protokoły własnych anatomicznych badań autora dotyczące zespołu pierwotnego. Nie wnoszą nic nowego, a zdradzają niestety nieznajomość metod histologicznych oraz prac (przytoczonego nawet!) Huebschmanna. Dwukrotnie twierdzi Brun, że nie można odróżnić anatomicznie pierwotnego płucnego serowatego ogniska, od zserowaciałego, śródmiąższowego gruczołu chłonnego. Otóż można i to bardzo łatwo: trzeba tylko poza „zwyczajnymi metodami" (?) zabarwić sposobem Huebschmanna na włókna sprężyste, lub lepiej, na włókna srebrochłonne (retikulinę).

To drobne niedociągnięcie nie zmienia faktu, że autor dopiął celu i dał lekarzom francuskim piękne przedstawienie zapatrywań i zdobyczy szkoły niemieckiej. Nie wątpię, że polski czytelnik z korzyścią zapozna się z dziełem przedstawiającym niemiecką naukę, zrozumianą i przetrawioną przez Francuza. Bądź co bądź, wiele takich prac nie ma.

T. Kielanowski (Lwów).

O leczeniu biologicznym choroby nowotworowej. S. KRAMSZTYK. Monografie Lekarskie. Wyd. „Eskulap", str. 32, 1936.

Leczenie nowotworów złośliwych spożywaniem lub przykładaniem okładów z narządów zdrowych lub ich wyciągów, sięga czasów medycyny egipskiej oraz rozpowszechnione jest we wszystkich medycynach ludowych. Pierwsze naukowe systematyczne próby biologicznego leczenia nowotworów podjęli Richet i Hericourt, starając się otrzymać surowicę przeciwko komórkom nowotworowym w r. 1895. Od tego czasu niezliczone rzesze badaczy pracowały w tym kierunku. Można wyrazić twierdzenie, że nie było takiej szczepionki, wyciągów z narządów, przede wszystkim gruczołów wewnętrznego wydzielania, wyciągów z nowotworów, dializatów oraz surowic, które by w walce z rakiem lub innymi nowotworami złośliwymi ludzkimi i doświadczalnymi nie były wypróbowane. Jak z ogromnego piśmiennictwa wynika, każdy ustrój posiada w swoim aparacie siateczkowo-śródbłonkowym, najdzielniejszego obrońcę przeciwko nowotworom. Najbardziej celowe wydają się próby intensywnego pobudzenia tego układu lub zastępcze podanie jego wyciągów. Dzielnymi bodźcami dla układu siateczkowo-śródbłonkowego są wyciągi śledziony i grasicy. Historyczny przegląd prób biologicznego leczenia nowotworów oraz teoretyczne ich uzasadnienie jest treścią monografii Kramsztyka. Pisząc o pobudzającym działaniu wyciągu gruczołów płciowych na wzrost nowotworów, nie wspomina autor o ustalonej już rzeczy, mianowicie o pokrewieństwie fenantrenu do cholesteryny, której pochodnymi są hormony płciowe. Leczenie biologiczne oczywiście nie usuwa leczenia chirurgicznego, lecz ma z nim współpracować przede wszystkim dla zapobiegania nawrotom. Prawdopodobnie i w zapobieganiu nowotworom (np. w rodzinach z częstymi rakami) leczenie biologiczne odegra w przyszłości doniosłą rolę.

Rawicz (Warszawa).

Fytoterapia chorób narządów trawienia. J. LYPA. Monografie lekarskie. Wyd. „Eskulap", str. 24, 1936.

Rozwój chemii, postępy syntezy, autorytet psychologiczny krystalicznego związku chemicznego, ułatwienie receptury stworzone przez przemysł farmaceutyczny sprawiły, że leczenie ziołowe w oficjalnej medycynie traktowano przez długie lata po macoszemu. Nie znaczy to, by nie uprawiano fytoterapii; stosowali i nadal stosują, nie zawsze z pożytkiem dla chorego, lecz zawsze z pożytkiem dla swej kieszeni całe rzesze znachorów i tajemniczych naturalistów. Obecnie ziołolecznictwo przeżywa swoje odrodzenie, a klasycznym, niewątpliwie bardzo skrajnym jej przedstawicielem jest Aschner ze swoim lecznictwem konstytucyjnym. Fytoterapia schorzeń przewodu pokarmowego

stanowi ośrodek i popisową dziedzinę ziołolecznictwa. Nigdzie chemia nie poniosła bardziej jaskrawej klęski, jak w schorzeniach żołądka. Tam, gdzie kwasota — podawanie zasad, przy braku kwasów — kwas solny, przeważnie daje tylko rozczarowanie. Podczas, gdy kierując się raczej objawami i podając np. *tinct. Condurango*, można bez względu na chemizm żołądka osiągnąć doskonałe wyniki. W ramach skromnej monografii omówione jest dokładnie objawowe leczenie schorzeń jamy ustnej, żołądka, jelit oraz środki czerwiogubne. Brak niestety schorzeń woreczka i wątroby. Przejrzysty układ, szereg wzorcowych recept, obfita treść sprawiają, że przyswojenie sobie książeczki stanowi naprawdę wzbogacenie arsenału leczniczego lekarza praktyka.

Rawicz (Warszawa).

Znaczenie kliniczne gruczołów przytarczycznych. S. NEUWELT. Monografie lekarskie. Wyd. „Eskulap", str. 23, 1936.

Nie łatwego zadania podjął się autor, starając się omówić w 23-stronicowej monografii, przeznaczonej dla lekarza praktyka patologię gruczołów przytarczycznych, tym bardziej, że ze strony teoretycznej wiele jest jeszcze spraw otwartych, a w praktyce schorzenia te należą raczej do rzadkości. Przedsięwzięcie to w dużej mierze udało się autorowi. Uwzględniono prawie wszystko ważne dane, tyczące przytarczyc. W części pierwszej, poświęconej zespołom tężyczkowym, brak pewnego uporządkowania materiału, podkreślenia tego, co jest teorią a co praktyką. Po opisie objawów tężyczki następuje opis wydzielania wapnia w ustroju, dalej działanie wyciągu przytarczyc, teorie powstawania tężyczki, w końcu leczenie. Wszystko to następuje po sobie bez żadnego rozgraniczenia w układzie graficznym, bez należytego zaakcentowania rzeczy ważniejszych. Część druga, poświęcona nadczynności gruczołów przytarczycznych jest już przejrzyście ułożona. Omówione są dokładnie przede wszystkim z klinicznego punktu widzenia choroba Recklinghausena, wielostawowe zapalenie zrostowe, oraz pokrótce schorzenia, które według nowych badań mają być w związku z przytarczycami, jak łuszczyca, twardzina skóry *(sclerodermia)*, kamica nerkowa.

Skromna uwaga dla wydawnictwa Eskulap: umieszczanie reklam na odwrocie ostatniej strony tekstu książkowego jest niewłaściwe.

Rawicz (Warszawa).

Die Therapie an den Berliner Universitäts-Kliniken. Wydał prof. dr H. Kalk. Urban i Schwarzenberg. Str. VIII i 661.

Podręcznik obejmuje wszystkie działy medycyny, przy czym schorzenia ułożone w porządku alfabetycznym w obrębie poszczególnych działów. Podwójny skorowidz obejmujący schorzenia oraz odrębnie spis leków i postępowania leczniczego, umożliwia szybką orientację. W dodatku omówione są: lecznictwo zaburzeń rozwojowych cielesnych i psychicznych, zatrucia i gazy bojowe, niektóre schematy dietetyczne (dieta Hermansdorfera w gruźlicy, dieta zasado- i kwasicorodna), oraz najważniejsze dane z ustawodawstwa tyczące lekarzy. W osobnym, nader cennym rozdziale omówione jest wodolecznictwo, obejmujące różnego rodzaju okłady, postępowanie przegrzewające, napotne, postępowanie obniżające ciepłotę oraz szczególne przepisy o działaniu naczyniowym. Autorem artykułu jest docent Jürgens przy klinice dla lecznictwa naturalnego. Dla poszczególnych schorzeń podane jest leczenie już wypróbowane i nadające się do ogólnej praktyki. Dodatnią stroną jest uwzględnienie na pierwszym planie receptury *„magistraliter"*, środki patentowe tylko tu i ówdzie są przytaczane.

Brak w książce omówienia ogólnego pewnych zasadniczych działów leczenia, jak np. lecznictwo szczepionkami, hormonami, falami krótkimi, bezwodnikiem kwasu węglowego, chemoterapia dożylna, upust krwi lub tp. Kilka takich artykułów zorientowało by czytelnika w ogólnym kierunku leczniczym na klinikach berlińskich i uzasadniało by słowo „berlińskich" w tytule książki. W obecnym stanie rzeczy, książka jest raczej kalendarzem leczniczym starannie opracowanym.

Rawicz (Warszawa).

Mécanisme des réactions fermentaires (Mechanizm odczynów fermentacyjnych). L. AMBARD i S. TRAUTMANN. Masson et Cie. Paris 1937, str. 103. Cena: 35 fr.

Autorowie uważają, że fermentacja polega na trzech odrębnych sprawach: 1) połączenie kofermentu z fermentem (sprawa A), 2) połączenie fermentu z ciałem ulegającym fermentacji (B) i 3) sprawa samej fermentacji, czyli rozszczepienia (B_2). Ponieważ wielkość cząsteczki fermentu, czyli zacieru jest w porównaniu z wielkością cząsteczki cukru — o który tu chodzi, — ogromna, przeto proces fermentacji od stężenia fermentu nie zależy. Przedmiotem badań jest trwanie tych trzech procesów. Naprzód obliczają trwanie spraw łączenia się kofermentu z fermentem i łączenia się z ciałem ulegającym fermentacji (substrat) i znajdują, że zależy to trwanie od stężenia cukru — jeżeli chodzi o cukier, lub krochmalu, gdy trawienie krochmalu jest przedmiotem badań. Do inwertowania cukru używano inwertazy z drożdży i z jelita psiego. Reakcje diastazy badano na krochmalu używając jako diastazy śliny. Jako współferment (koferment) uważają autorowie sól kuchenną w rozczynie kwaśnym i wykazują, że ilości rozłożonego krochmalu zależą od stężenia soli kuchennej, co tłumaczy się większą możebnością ustalenia się współzaczynu na zaczynie. Dalszym czynnikiem jest stężenie jonów wodorowych, które osiąga pewien szczyt *(optimum)*. Porównanie NaCl z NaBr i NaJ wykazało wyższość NaCl nad bromkiem i jodkiem. Inwertaza drożdży ma współzaczyn, który nie daje się oddzielić przez ultrafiltrację, jak to robiono z współzaczynem jelita. Autorowie przypuszczają, że drożdże zatrzymują ten współzaczyn. Badania autorów dotyczące wpływu ciepła na ustalanie się współzacieru na zacierze wykazują, że ustalanie odbywa się przy niższej ciepłocie prędzej, przypisuje się to wpływom rozszczepienia współzacieru. Sama sprawa rozpadu sacharozy zależy od stężenia cukru i od ciepłoty, która tym razem przyśpiesza rozkład cukru zmniejszając — jak twierdzą autorowie — grubość otaczającej cząsteczkę warstwy wody. Dalsze badanie sprawy B_1 i B_2 dotyczy wpływu soli rtęciowych i rozmaitego rodzaju zacierów, np. inwertazy pochodzenia jelitowego i inwertazy drożdży, inwertazy pszczół i ślimaków. Krótkim szkicem historycznym autorowie kończą tę bardzo pouczającą i pełną cennych spostrzeżeń pracę.

W. Moraczewski (Lwów).

Polski kalendarz lekarski. 1937. Str. 860.

Na wzór niemieckich kalendarzy jest ten kalendarz rodzajem krótkiego *repetitorium* wiedzy lekarskiej. Zaczyna się od krótkiego sprawozdania najnowszych badań dotyczących rozmaitych chorób. Zajmuje to str. 66. Potem omawia się z kolei: pielęgnowanie — raczej obchodzenie się z przyrządami lekarskimi, jak igły, rękawiczki itp., najczęstsze zabiegi lekarskie, jak cewnikowanie, nakłucie lędźwiowe itp.; pierwsza pomoc w nagłych wypadkach, badanie czynności nerek, wątroby i najważniejsze czynności w pracowni chemiczno - drobnowidowej. Surowice i szczepionki, proteinoterapia, dietetyka wraz z tablicami pokarmów, ich wartością kaloryczną i składem, szczególniej z uwzględnieniem żywienia niemowląt zajmuje stron 92. Elektrokardiografia, kąpiele lecznicze, leczenie promieniami i elektrycznością, położnictwo i sekcje sądowo-lekarskie mieszczą się na dalszych 100 stronicach. Dział rozpoznawczo-leczniczy zajmuje oczywiście najwięcej miejsca i odpowiada obecnym zapatrywaniom. Resztę tej pożytecznej książeczki wypełniają spisy lekarstw, dawkowanie, tabela kroplowa itp., i spis zdrojowisk krajowych i obcych z ich krótką charakterystyką.

Ujemną stroną tego dziełka jest bardzo niedbały język, w którym nawet tak rażące zwroty, jak „płyn nie śmie być kwaśny" spotykać można, nie mówiąc o ulubionym „względnie" zamiast albo i licznych „ewentualnych" przypadłościach. Błędów drukarskich prawie za dużo.

W. Moraczewski (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologia.

Układ optyczno-wegetatywny. E. SCHARRER. Klin. Woch. J. 16. Nr 44. 1937.

Autor podkreśla związek istniejący pomiędzy przysadką mózgową a zdolnością skóry przybierania koloru ciemnego (melanofory). Pozbawione przysadki mózgowej żaby nie zmieniają barwy nawet w ciemności, natomiast wstrzyknięcie wyciągu przysadki wywołuje ciemne zabarwienie skóry. Jeżeli przed wyjęciem przysadki trzymamy żabę w ciemni i operujemy przy świetle czerwonym, to wyciąg przysadki jest pozbawiony wpływu na zaciemnienie skóry. Nawet krótki pobyt w świetle słonecznym uczynnia wyciąg przysadki. Ponieważ przysadka wywiera wpływ na organy płciowe, łatwo było tłumaczyć, dlaczego sztuczne oświetlenie w czasie zimy wzmaga znoszenie jaj u drobiu. Nawet niedojrzałe płciowo kaczki znosiły jaja pod wpływem silnego naświetlania. Autor podaje badania wykazujące związek anatomiczny pomiędzy nerwami wzroku a przysadką: Benoit (1935 r.) wykazał, że nawet po wyjęciu oczu można

przez naświetlanie jam ocznych powiększyć płodność ptaków. Związek pomiędzy wzrokiem a przysadką i jej wieloraką czynnością zdaje się istnieć niewątpliwie za pośrednictwem śródmózgowia. *W. Moraczewski* (Lwów).

Patologia.

Spostrzeżenia z kliniki śpiączki wątrobowej. ROTH. Helv. med. Acta. T. 4. Str. 76—85.

Tylko w przyp. rozlanego procesu niszczącego miąższ wątroby można widzieć zespół objawów podobny do obserwowanego po doświadczalnym wyłuszczeniu wątroby. Inne procesy przebiegają z ogniskową odnową czynnego miąższu wątrobowego (np. marskość), stąd mała wartość klinicznych metod określania sprawności wątroby. W przebiegu ostrego żółtego zaniku wątroby, uszkodzenie dotyczy całego miąższu wątroby, a zmiany są nieodwracalne, stąd w klinice objawy, jak po wyłuszczeniu wątroby w dośw. na zwierzęciu z hipo-, a nawet aglikemią na czele. Z objawów obrazu klinicznego ostrego żółtego zaniku wątroby wskazujących na hipo- (a) glikemię podkreśla autor niepokój psychiczny i motoryczny, drżenie i objaw Babińskiego, które to objawy znikają częściowo po obfitych wlewaniach dożylnych stężonych roztworów glukozy. Drugim objawem, na który autor zwraca uwagę, jest znaczna azotemia bez równoczesnego podwyższenia poziomu indykanu (a więc nie nerkowego pochodzenia) i bez hipochloremii (a więc nie wyrównawcza), lecz pozostająca w związku z rozpadem komórki wątrobowej. Trzeci objaw, to zwiększenie wydzielania amoniaku jako wyraz zahamowania syntezy mocznika. Opisany zespół zmian w chemizmie krwi wskazuje na ciężkie, rozlane, nieodwracalne uszkodzenie miąższu wątroby, spotyka się go niemal wyłącznie w ostrym żółtym zaniku wątroby, nie stwierdza się go nawet w najcięższych żółtaczkach nieżytowych.

B. Petryński (Lwów).

Działanie winianu ergotaminy (Gynergenu) w doświadczalnym częstoskurczu pochodzenia wewnątrzwydzielniczego. FROMMEL-TROTTET-HERSCHBERG. Helv. med. acta. T. 4. Str. 237—243.

Przyczynek doświadczalny do farmakodynamiki Gynergenu. Wstrzyknięcie jego w dawce 1—5 mg przywracało prawidłowy kształt krzywych Ekg u królików, u których wywoływano częstoskurcz typu tyreotoksycznego (elityranem i tyroksyną) i zatokowego (folikuliną). *B. Petryński* (Lwów).

O hormonie diabetogenicznym (cukrzycorodnym) w płynie mózgowo-rdzeniowym. W. KOCH i P. LEHNDORFF. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 29. Z. 2. 1936.

Wychodząc ze spostrzeżeń Kylina o obecności powyższego hormonu w płynie mózgowo-rdzeniowym ludzi z podwyższonym ciśnieniem krwi i w czasie rzucawki porodowej, autorzy posługiwali się płynem m.-rdz. ludzi zdrowych, z podwyższonym ciśnieniem, z cukrzycą i akromegalią. Po wstrzyknięciu 10 cm^3 tego płynu królikom, prawie stale stwierdzano wzrost cukru we krwi, zjawiający się zwykle w 10 minut po wstrzyknięciu. Na tej podstawie można przypuszczać, że ludzki płyn mózgowordzeniowy zwykle zawiera hormon cukrzycorodny, którego obecność można wykazać w doświadczeniu na zwierzętach. Po wstrzyknięciu płynu w przypadkach podwyższonego ciśnienia krwi — wbrew zapatrywaniu Kylina, stwierdzono wybitny wzrost ciała cukrzycorodnego. Podobnie i w przypadkach akromegalii. W cukrzycy natomiast spotykamy wahania ilości od braku aż do znacznych wzrostów tego hormonu w płynie.

St. Malczyński (Lwów).

W sprawie nadwrażliwości na insulinę. Badanie kliniczne i doświadczalne. J.-L. MASEK i Ch. KLIR. Ann. de méd. T. 41. Nr 4. 1937.

Na podstawie licznych doświadczeń na zwierzętach i ludziach autorzy potwierdzają wniosek Labbé'go, że chorzy na ciężką cukrzycę wykazują znacznie wyższą wrażliwość na insulinę, niż ludzie normalni, tzn., że poziom cukru po podaniu tej samej ilości insuliny spada wyraźniej i utrzymuje się dłużej, aniżeli u chorych z zupełnie normalną przemianą węglowodanową, lub z lekką cukrzycą (poniżej 180 mg % cukru na czczo, bez acetonu). Podobne wyniki otrzymali u chorych z niedomogą wątroby, u wychudzonych, otyłych, lub cierpiących na zaburzenie wydzielania wewnętrznego. Natomiast u chorych z nadczynnością tarczycy podobnych zmian nie stwierdzono. Te same wyniki uzyskali w doświadczeniach na psach specjalnie głodzonych, ze sztucznym cukromoczem florydzynowym. Tę wyraźną nadwrażliwość na insulinę autorzy tłumaczą zaburzeniem czynności kontra-regulacyjnych. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Zmiany elektrokardiograficzne załamka T_2 w schorzeniach osierdzia i w zranieniach serca. P. WOOD. Lancet. Str. 796, 1937.

W ostrym zawale mięśniowym stwierdza się w pierwszych kilku dniach przedwczesne odejście odcinka R-T, w późniejszym okresie, który trwa tygodnie lub miesiące, odcinek R-T staje się izoelektryczny, często wypuklony ku górze i wpada ostro w odwrócony T. Zmiany te są określone jako „wieńcowe załamki T" i pojawiają się w odprowadzeniu I i II albo III i II, najbardziej są zaznaczone w odprowadzeniu I i III. Zawał przedniej części lewej komory daje zmiany w T_1, zaś zawał w tylnej części lewej komory daje zmiany w T_3.

Podobne zmiany, jak „wieńcowe załamki T" opisywano w zapaleniu osierdzia bez zwrócenia szczególniejszej uwagi na zachowanie się odcinka R-T. Autor przeprowadził badania elektrokardiograficzne w 13 przypadkach zapalenia osierdzia na różnym tle (tło gośćcowe, nowotworowe, gruźlicze, paciorkowcowe, wylew krwawy do worka osierdziowego wskutek pęknięcia mięśnia sercowego) i stale stwierdzał zmiany w odcinku R-T, bez względu na powody, w następującym charakterze: wzniesienie odcinka R-T, spłaszczenie lub odwrócenie załamka T, we wszystkich trzech odprowadzeniach, w szczególności jednak w odprowadzeniu II.

Autor zwraca uwagę na znaczenie zmian T_2, które uważa za charakterystyczne dla schorzenia osierdzia, kiedy zmiany w T_1 i T_3 spotykamy w zawale mięśniowym. Zmiany w T_2 uważa autor jako „osierdziowy załamek T_2" charakterystyczny nie tylko dla zapalenia osierdzia, ale też przy zranieniach mięśnia sercowego w okolicy przedniej części prawego serca, podczas, gdy uszkodzenie przedniej części serca lewego daje zmiany w T_1, zaś tylnej części serca lewego daje zmiany w T_3.

Wl. Elmer (Lwów).

Nadciśnienie tętnicze u młodzieży oddającej się sportom. J. LANKOSZ i WŁ. ZIĘBA. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 12. 1937.

Autorowie na podstawie zbadanych 1865 osobników w lwowskiej poradni sportowo-lekarskiej starają się wyświetlić podłoże nadciśnienia tętniczego u młodzieży oddającej się sportom. Jako nadciśnienie przyjęto cyfrę powyżej 145 mm Hg. Stwierdzono u 158, tj. u 8,4% osobników nadciśnienie jawne. Autorowie zajęli się opracowaniem trzech zasadniczych czynników mogących, według nich, odgrywać rolę w powstawaniu nadciśnienia: wiekiem, zawodem i sportem. W krótkości przedstawiają tło, na którym podane czynniki mogłyby znaleźć odpowiednie podłoże. Podkreślają w poszukiwaniu źródła nadciśnienia, wpływ stanu konstytucjonalnego, warunki dzisiejszego życia codziennego i sportowego oraz podniety seksualne i ich nieprawidłowości. Stwierdzają przewagę występowania nadciśnienia u osobników z wyższym wykształceniem, przypisując je czynnikom psychonerwowym. Częstość występowania nadciśnienia przeważa w gałęziach sportu więcej jednostronnego (kolarstwo, boks), w których brak jest sharmonizowanej pracy wszystkich mięśni. Najniższy odsetek nadciśnienia znaleźli autorzy u narciarzy i lekko-atletów. *J. Lankosz* (Lwów).

Fizjologia i patologia grasicy. E. GRODZIEŃSKI. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 12.

Autor w swojej pracy zajmuje się grasicą, jako gruczołem o wewnętrznym wydzielaniu. Mimo tak rozlicznych i obszernych prac, większość autorów nie uznaje grasicy jako gruczołu wewnątrzwydzielniczego. Autor zaczyna od przedstawienia rozwoju, umiejscowienia, wagi, wymiaru, wzrostu i budowy histologicznej grasicy. Dalej omawia stan grasiczy i grasiczo-limfatyczny i zaznacza, że stanowczo nie należy wiązać nagłego zejścia śmiertelnego lub samobójstwa z tzw. stanem grasiczym lub grasiczo-limfatycznym w przypadkach przetrwania grasicy *(thymus persistens)*, gdyż temu zaprzeczają żmudne i na olbrzymim materiale przeprowadzone badania Hammara. Z kolei przedstawia autor badania grasicy jako gruczołu o wewnętrznym wydzielaniu. Podaje, że w grasicy istnieją odkryte przez Ashera i Nowińskiego dwa czynnie działające ciała, tymokrescyna pobudzająca wzrost u młodych zwierząt i czynnik usuwający zmęczenie mięśniowe. Wspomina autor o antagonizmie grasicy z gruczołami płciowymi oraz o podawaniu grasicy i jej wyciągów w przypadkach zaburzeń rozwojowych zewnętrznych narządów płciowych (wnętrostwo, niedorozwój jąder i jajników, opóźniony okres dojrzewania płciowego). W stosunku do tarczycy grasica ma być regulatorem tarczycy, natomiast hormon tarczycy pobudza prawdopodobnie grasicę do wydzielania związków nukleoproteinowych. Co do przysadki hormon grasiczy ma przedłużać i nasilać działanie hormonu przysadki na macicę. Grasica według współczesnych poglądów ma zapobiegać powstawaniu nowo-

tworów przez wytworzenie obronnej aktywności nabłonka, tym samym tłumaczy się rzadkość występowania nowotworów w wieku dziecięcym. Natomiast dotychczasowe leczenie wyciągami i przeszczepianiem grasicy nie dało wyniku. Również i stosowanie grasicy w niektórych chorobach skórnych (łuszczyca, sklerodermia) nie zyskało leczniczego zastosowania.

J. Lankosz (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zmiany w opłucnej wywołane przez lecznicze dopełnienie odmy opłucnowej (badanie doświadczalne). P. PAVIE, P. LEFEWRE et G. ROSSIGNOL. Ann. de méd. T. 41. Nr 4. 1937.

Autorzy przeprowadzili doświadczenia na królikach, polegające na wstrzykiwaniu do jamy opłucnowej kilku cm³ wody, oliwy lub soli złota. W wyniku otrzymywali zawsze zmiany wtórne pod postacią wysięku opłucnej oraz zmian naczyniowych prowadzących do niedodmy w samym płucu w okolicy ogniska chorobowego, oraz przenoszące się na płuco zdrowe. Przeniesienie się zmian na płuco zdrowe powstaje na drodze odruchu naczyniowego. W końcu autorzy podają, że takie same zmiany mogą powstawać przez wpuszczanie znacznych ilości powietrza do jamy opłucnowej. *Z. Webersfeld* (Lwów).

Wpływ adrenaliny, histaminy, tonefiny i acetylocholiny na czas odpływu krwi z włośniczek. H. VERFÜRTH. Ztschr. f. Klin. Med. B. 132. Str. 514—520.

Po ucisku ramienia opaską Recklinghausena ponad ciśnienie maksymalne, obserwuje się dokładnie, jak długo po ucisku ramienia płynie krew we włośniczkach. To jest czas odpływu krwi z włośniczek *(Nachströmungszeit)*. Dawniejsze badania Langego dowiodły, że u ludzi zdrowych zimno powiększa czas odpływu z 9 na 30 sek., a ciepło skraca na 2 sek. Przy zmianach miażdżycowych brak wpływu zimna i ciepła. Z badań autora wynika, że adrenalina (podsk.) zawsze zmniejsza, a histamina zwiększa czas odpływu. Wpływ adrenaliny można objaśnić działaniem zwężającym, zwiększającym napięcie naczyń, a wpływ histaminy działaniem przeciwnym. Działanie tonefiny i acetylocholiny było niestałe, czasem rozbieżne.

H. Długosz (Lwów).

Nagłe wystąpienie moczówki prostej wskutek septycznej nekrozy w tylnym płacie i pniu przysadki mózgowej w przebiegu ostrej białaczki szpikowej. L. M. KUGELMEIER. Ztschr. f. Klin. Med. B. 132. Str. 521—526.

U 49-letniego mężczyzny z ostrą białaczką szpikową wystąpiły 6 dni przed śmiercią objawy moczówki prostej: chory wypijał do 7 litr. płynów, oddawał na dobę 4.200—7.000 cm³ moczu o ciężarze właśc. 1000—1003. Chlorków we krwi i w moczu, próby zagęszczenia moczu i po wstrzyknięciu pituitryny nie wykonano. Sekcyjnie stwierdzono septyczną nekrozę, zajmującą prawie cały płat tylny i pień przysadki mózgowej.

H. Długosz (Lwów).

O nowym sposobie leczenia nadciśnienia samoistnego i stanów pokrewnych. H. RUTENBECK. Klin. Woch. Nr 52. Str. 1920. 1936.

Elektroforeza czaszki lub mózgu za pomocą Dorylu Mercka wywierała niezwykle korzystny wpływ na nadciśnienie samoistne. Zdaniem autora, zostaje tym sposobem zahamowana nadczynność przysadki mózgowej, która według mniemania różnych autorów, jest przyczyną tego schorzenia. Przytacza się dwie historie chorych, u których samoistne nadciśnienie ustąpiło szybko i na długi czas. W przypadkach nadciśnienia pochodzenia nerkowego leczenia tego nie można brać pod uwagę. Autor podaje dokładny opis metody. W nadciśnieniu samoistnym uzyskiwał tak dobre wyniki, że uważa tę metodę za najodpowiedniejszą do leczenia dolegliwości i objawów, związanych z tym schorzeniem. *J. Bader* (Warszawa).

Campolon w leczeniu błonicy W. BITTNER. Arch. Kinderheilk. T. 112. Str. 3. 1937.

Zdumiewające powodzenie, jakie osiągnął autor po zastosowaniu kombinowanego leczenia surowicą + Campolon skłoniło go do wypróbowania tej metody na 7 ciężkich przypadkach błonicy.

W kilka godzin po zastosowaniu surowicy wstrzykiwano aż do 10 cm³ preparatu wątrobowego „Campolon". Dawkę tę można w wypadku pogorszenia się powtórzyć, bez obawy wystąpienia objawów uczulenia. Wyniki tego sposobu leczenia były we wszystkich przypadkach nadzwyczaj pomyślne, skrócenie czasu choroby, okresu ozdrowieńczego i brak schorzeń następczych, jak np. porażeń, przerzutów itp.

Autor podkreśla, że zastosowanie Campolonu nie może, rzecz zrozumiała, zastąpić leczenia surowicą, gdyż Campolon jest w tym przypadku tylko środkiem pomocniczym. W każdym razie należało by w przypadkach błonicy zwrócić większą uwagę na ten, tak korzystny wpływ Campolonu na przebieg błonicy.

Osiągnięte wyniki tłumaczy autor pobudzeniem sił obronnych organizmu do energiczniejszego wytwarzania przeciwciał, co potwierdzają zresztą wyniki uzyskane w laboratorium przez zmieszanie surowicy z Campolonem. *Sabiniewicz* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

Rana kłuta serca. J. KORCZAKOWSKI, mjr-lek. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 11. 1937.

Na początku pracy przedstawia autor topografię, rozwój i różne sposoby zabiegów operacyjnych na sercu po uszkodzeniach wymagających zeszycia, dalej diagnostykę różniczkową z naczyniami w pobliżu leżącymi. Następnie opisuje własny przypadek z dokładnym podaniem przebiegu operacji. Przypadek ten, aczkolwiek zakończył się niepomyślnie na piąty dzień po zabiegu, z powodu ropnego zapalenia osierdzia, jest o tyle godny uwagi, że przedstawiał klasyczne objawy przedmiotowe zranienia serca (ból w lewej stronie klatki piersiowej, promieniujący do lewego barku, ogólne osłabienie, duszność, sinica i wypełnienie żył jarzmowych); podczas zabiegu zastosował autor ułatwiający sposób zeszycia serca przez ujęcie go i zakładanie nań szwów w dłoni oraz przez przywrócenie normalnej czynności sercu już nieczynnemu przez energiczne miesienie.

J. Lankosz (Lwów).

Wskazania i przeciwwskazania do transportu powietrznego. WŁ. SAWICZ, mjr. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 11. 1937.

Autor opisuje samolot sanitarny „Lublin R-XVI bis" specjalnie przystosowany do transportu chorych lub rannych, przedstawia jego korzyści w czasie wojny, warunki w jakich odbywa się start, lot i lądowanie. Opisuje również czynniki oddziaływujące na ustrój transportowanego rannego i sposoby zapobiegawcze. Następnie wylicza autor na podstawie doświadczeń najrozmaitsze schorzenia narządu krążenia, oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego oraz inne nie nadające się bezwzględnie do transportu powietrznego. Z kolei omawia autor szczegółowo wskazania i przeciwwskazania do przewozu powietrznego ze stanowiska chirurgii. *J. Lankosz* (Lwów).

Źródło androgenicznych i oestrogenicznych ciał w moczu. A. S. PARKES. Lancet. Str. 902, 1937.

Kobiety i mężczyźni wydzielają w moczu mniej więcej te same ilości ciał andro- i oestrogenicznych. Źródłem ich są nie tylko gruczoły płciowe, ale i nadnercza. W zaburzeniach czynności nadnerczy, jak np. w zespole nadnerczowo-płciowym znajdowano wzrost ciał androgenicznych w moczu, bo około 500 jednostek międzynarodowych, zamiast 10—50 jednostek w moczu dobowym. Callow znalazł w jednym przypadku guza złośliwego kory nadnerczy około 3.500 jednostek ciała androgenicznego w litrze moczu, które chemicznie okazało się dehydroandrosteronem (około 110 mg w litrze). W innym przypadku feminizacji na tle guza nadnerczy znaleziono około 3.000 jednostek międzynarodowych ciała oestrogenicznego. U kobiet i mężczyzn wytrzebionych znajdowano zarówno ciała andro- jak i oestrogeniczne w moczu. Takie wyniki uzyskano również w Zakładzie autora, co świadczy, że nadnercza mogą wytwarzać ciała andro- i oestrogeniczne pomimo braku gruczołów płciowych. Jednym z tych ciał jest andrenosteron.

Autor zwraca uwagę, że badania hormonalne moczu praktykowane w niektórych klinikach, dla rozpoznania stanu czynnościowego gruczołów płciowych jest nieodpowiednie, z uwagi na wytwarzanie ciał andro- i oestrogenicznych przez nadnercze.

Wł. Elmer (Lwów).

Przyczynek do leczenia zatorów w płucach. A. MÜLLEDER. Der Österreichische Arzt 1937, 2. Str. 52.

Autor opisuje dwa przypadki zatorów płucnych, które leczono z niezwykle korzystnym wynikiem za pomocą Eupaweryny. Jednemu choremu wstrzyknięto dożylnie w ciągu 48 godzin 20 ampułek Eupaweryny po 0,03 g, z tego 18 ampułek, a więc 0,54 g kolejno w krótkich odstępach czasu. Autor odniósł wrażenie, że bez Eupaweryny nie udało by się uratować chorego. U drugiego chorego zwraca szczególną uwagę, że pierwszy napad był połączony z zapaścią, natomiast następnym zatorom nie towarzyszyły objawy zapaści. Eupaweryna Mercka jest w wielu przypadkach skutecznym środkiem przeciw tak groźnym zatorom płucnym. Wyjątek stanowią oczywiście przypadki, w których jakiekolwiek leczenie byłoby z góry za późno zastosowane.

J. Bader (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Łuszczyca i jej leczenie. ST. KAPUŚCIŃSKI. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 10 i 11. 1937.

Autor w pracy swojej podaje kolejno symptomatologię łuszczycy, opisując dokładnie charakter oraz wygląd wykwitów, barwę łusek z objawami świecy stearynowej i objawem Auspitz'a, dalej budowę drobnowidową łusek, typowe umiejscowienie osutki łuszczycowej oraz przebieg i okresy schorzenia. W dalszym ciągu zajmuje się postaciami szczególnymi, jak: łuszczyca dłoni i stóp, paznokci, twarzy, skóry owłosionej głowy, śluzówek, zwłaszcza języka i błony śluzowej jamy ustnej. Wspomina o łuszczycy wywołanej *(psoriasis provocata)*, spowodowanej podrażnieniem skóry chorego na łuszczycę. Objaw ten znanym jest jako zjawisko Köbnera. Z łuszczyc nietypowych opisuje autor postać odwróconą, gdzie umiejscowienie bywa odwrotne, niż zazwyczaj. Zajęte bywają pachy, pachwiny, okolice narządów płciowych, odbyt, okolica pępka oraz zgięcia łokciowe i kolanowe. Dodać należy, że równocześnie z nietypowością o charakterze odwrócenia i przebieg i wygląd kliniczny jest nietypowy i różny. Do tej też grupy zalicza autor inne postacie łuszczycy, jak: uogólnione łuszczycowe zapalenie skóry, łuszczycę wysiękową, krostową, artropatyczną i bielactwo łuszczycowe. Z kolei zajmuje się autor etiologią i patogenezą łuszczycy omawiając dziedziczność i konstytucję w jej przebiegu oraz jej związek z zaburzeniem przemiany materii, z układem nerwowym i z gruczołami o wewnętrznym wydzielaniu (tarczyca, przytarczyca, przysadka, grasica). Wspomina również o teorii pasożytniczej. W etiologii bierze jeszcze pod uwagę możliwość związku z gruźlicą i kiłą, ale jedynie jako czynnikami usposabiającymi do wybuchów i cięższego przebiegu schorzenia. Ostatecznie, dotychczasowe zapatrywania na istotę i mechanizm powstawania łuszczycy są rozbieżne, a dwa zasadniczo różne poglądy konstytucyjno-dziedziczny i pasożytniczy wymagają dalszych badań. W terapii odgrywa rolę jedynie leczenie objawowe środkami wewnętrznymi (arsen, jod, rtęć, bizmut, złoto, siarka), szczepionki i ciała białkowe, dalej opoterapia i leczenie dietetyczne. W miejscowym leczeniu opieramy się na usuwaniu łusek środkami działającymi resorbująco i keratoplastycznie (chryzarobina, cignolina, kwas pyrogallusowy, dziegieć roślinny, sole rtęciowe i inne). Promienie słoneczne, pozafiołkowe i Roentgena również należą do środków leczniczych łuszczycy. Leczenie uzdrowiskowe może dać dobre wyniki, zwłaszcza przy skombinowaniu z innymi środkami i metodami leczniczymi.

J. Lankosz (Lwów).

Leczenie tranem ran, oparzeń i spraw zapalnych kostnych. J. SOWIAKOWSKI. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 11. 1937.

Autor opisuje wyniki stosowania tranu w postaci 40% maści w przypadkach oparzeń, ran czystych i ropiejących. Używa on również maści tranowej przy zabiegach na kościach do wypełniania ubytków kostnych. We wszystkich wspomnianych rodzajach uszkodzeń otrzymywał autor bardzo ładne wyniki. Czas leczenia pod wpływem maści tranowej ulegał znacznemu skróceniu, a małe koszty leczenia tym bardziej zachęcają do jej stosowania. *J. Lankosz* (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Wpływ sportu narciarskiego na sprawność fizyczną i psychiczną personelu latającego. A. FIUMEL, ppłk. Lekarz Wojskowy. T. XXIX. Z. 12. 1937.

Autor przedstawia w krótkości ujemny wpływ zawodu lotniczego na ustrój oraz najczęściej stwierdzane schorzenia u personelu latającego. Mówi o zaburzeniach układu nerwowego, o „astenii lotniczej", o przemęczeniu lotników z objawami niewydolności narządu krążenia. Dalej omawia potrzebę wypoczynku oraz konieczność stałego polepszania stanu zdrowia. Idealnym rozwiązaniem wykorzystywania wypoczynku i przeprowadzanie go w odpowiedniej porze okazały się kursy narciarskie, z poprzedzającą „suchą zaprawą narciarską". Kursy narciarskie odpowiednio prowadzone, szybko przywracają lotnika do stanu równowagi psychicznej oraz wywierają dodatni wpływ na czynność układu krążenia, wzmacniając mięsień sercowy i zmniejszając pobudliwość jego na bodźce psychiczne. Poza tym sport narciarski posiada i inne walory, gdyż ćwiczy do pewnego stopnia pewne cechy charakteru lotnika, jak: skupianie uwagi, odwagę, szybkość decyzji i orientacji, ocenę odległości, równowagę, jednym słowem narciarstwo posiada wiele zalet potrzebnych zawodowi lotniczemu. *J. Lankosz* (Lwów).

Kasy Chorych dla robotników rolnych. Połączone ściąganie należności. „Le Assicurazioni Sociali" Atti ufficiali. Str. 17.

Organizacje centralne rolnictwa zawarły układy w celu utworzenia nowych Kas Chorych. Utworzono dla kategorii najemników, dniówkowców i robotników wyspecjalizowanych 35 nowych Kas Chorych. W celu ułatwienia założenia i funkcjonowania tych Kas, pracodawcy wyjątkowo w roku 1935/36 wpłacą do powyższych kas składkę, równającą się 3% pensji, nie ściągając 1,5% z pensji robotników. W prowincjach, w których już przed tym funkcjonowały Kasy Chorych, pracodawcy, w drodze wyjątku, płacą dodatkowo 1,5% pensji. We wszystkich innych prowincjach, w których nie jest możliwe założenie Kas Chorych, pracodawcy, w drodze wyjątku, w roku 1935/36 wpłacają sumę, równą 1,5% pensji do Feder. Nar. Kas Chorych dla robotników rolnych. Powyższy układ nie narusza zasady równości składek (1/2 pracodawca, 1/2 robotnik) i dlatego też w r. 1936/37 pracodawcy i robotnicy będą uiszczali składki w równych częściach.

Wysokość składek w latach następnych będzie:

Pracownicy o pensji stałej — mężczyźni, 66 lirów rocznie. Pracownicy o pensji stałej — kobiety, 44 lirów rocznie. Pracownicy o pensji stałej — (15—18 lat), 44 lirów rocznie.

Dniówkowcy (mężczyźni) — 0,30 za każdy dzień pracy. Dniówkowcy (kobiety) — 0,20 za każdy dzień pracy. Dniówkowcy (15—18 lat) — 0,20 za każdy dzień pracy.

Ażeby nie przeciążać organizacji rolniczych podwójną pracą i ażeby rolnikom umożliwić wykonanie ich obowiązków wobec opieki społecznej, dyrekcja generalna wraz z dwiema konfederacjami rolnictwa porozumiała się, aby ściąganie należności dla Kasy Chorych było połączone ze ściąganiem należności za ubezpieczenie od ułomności i gruźlicy.

Układ pomiędzy Nar. Fasz. Fed. Kas Chorych przemysłu a Syndykatem Lekarzy.

Pomiędzy powyższymi organizacjami został zawarty układ, na podstawie którego wprowadzony zostaje system wolnego wyboru lekarza.

Projekt rozszerzenia „Kasy Narodowej Pomocy Rodzinnej" na robotników przemysłu.

W artykule, publikowanym w „Lavoro Fascista", Cianetti, prezydent konfederacji robotników przemysłu, zaproponował reformę statutu Kasy, w sensie rozszerzenia zasięgu opłat na wszystkich bez wyjątku robotników przemysłu, mających dzieci poniżej lat 14, bez względu na ilość godzin przepracowanych w ciągu tygodnia. Chodzi więc o rozszerzenie uprawnień Kasy, z której pomocy finansowej korzystali dotychczas jedynie ci robotnicy, którzy mieli dzieci, poniżej lat 14 i pracowali w ciągu tygodnia nie więcej, niż 40 godzin. Cianetti nie sądzi, aby równowaga finansowa Kasy została zachwiana.

Ustawa o ubezpieczeniu społecznym w Danii z dn. 7. V. 1937 r. [1])

Obowiązująca obecnie w Danii ustawa o ubezpieczeniu ludności, oparta na ustawie z dnia 20 maja 1933 r., do której wprowadzono pewne zmiany i uzupełnienie ustawą z dnia 14. IV. 1937 r. zawiera punkty, dotyczące opieki ze strony ubezpieczeń społecznych nad dorastającą młodzieżą.

W związku z powyższym wydaje się dość interesujące zapoznanie z niektórymi artykułami, dotyczącymi lecznictwa zapobiegawczego i restytucyjnego, readaptacji zawodowej oraz opieki nad upośledzonymi fizycznie, ze strony ubezpieczeń społecznych.

Ustęp 1, art. 60 mówi o przymusie poddania się ubezpieczonych, rencistów i dzieci poniżej lat 15 oraz osób w wieku lat 15—18, które nie mogły być ubezpieczone z powodu złego stanu zdrowia, obowiązkowi specjalnego szkolenia, leczenia i pielęgnowania. Środki do wykonania tych celów, jak sztuczne członki ciała, okulary, wózki dla chorych i inne środki pomocnicze mają być udzielane przez ubezpieczenia. Przymus będzie miał miejsce tam, gdzie specjalny Sąd ubezpieczenia inwalidzkiego uzna, że niezastosowanie tych środków spowoduje zasadnicze, a nie tylko przejściowe, obniżenie zdolności do zarobkowania, lub też, że to obniżenie będzie mogło po zastosowaniu tych środków ulec znacznej poprawie. Ustawa wyłącza zabiegi operacyjne, mogące zagrażać życiu lub zdrowiu.

Ustęp 2 powiada, że w tych samych wypadkach, jak w ust. 1, ubezpieczeni i renciści mogą otrzymać pomoc od ubezpieczeń

---

[1]) Referat oparty na oryginalnym duńskim tekście ustawy ogłoszonym w czerwcu 1937 r.

w postaci pieniędzy na zakup maszyn i narzędzi, założenie własnego warsztatu pracy oraz inną pomoc, mającą na celu uzyskanie zajęcia.

Ustęp 3 zezwala na przymusowe umieszczenie danego osobnika w szpitalu lub sanatorium, chyba, że jest żonatym lub posiadaczem własnego gospodarstwa i może mieć w domu niezbędne leczenie i pielęgnowanie.

To samo tyczy się szkolenia omawianego w punkcie 4, który powiada, że sąd może zażądać, aby osobnik zamieszkał podczas szkolenia poza domem.

W ustępie 5 ustawa upoważnia Sąd ubezpieczenia inwalidzkiego do współdziałania, aby ubezpieczeni otrzymywali takiego rodzaju pracę w instytucjach rządowych, samorządowych i prywatnych, do której według zdania Sądu najbardziej się nadają.

Ustęp 6 omawia sankcje w stosunku do ubezpieczonych w razie niezastosowania się do powyższych zarządzeń. W tych wypadkach ubezpieczony, po uprzednim ostrzeżeniu, może stracić całkowicie lub częściowo prawa do renty.

Ustęp 7 upoważnia Sąd ubezpieczenia inwalidzkiego do zawiadomienia Komitetu Opieki Społecznej o sprzeciwie ze strony opiekunów dziecka poniżej lat 18, poddania go omawianym zarządzeniom.

Ustęp 8 nakłada na Sąd ubezpieczenia inwalidzkiego obowiązek orzeczenia, czy ubezpieczony lub rencista, o którym otrzymano informacje w myśl § 63 lub w inny sposób, winien zostać poddany leczeniu lub szkoleniu w specjalnym zakładzie dla ułomnych, ociemniałych, głuchoniemych, z defektami mowy, chorych umysłowo lub upośledzonych psychicznie.

§ 61 określa z jakich funduszów (Kasy Chorych, Związku pomocy lekarskiej, Funduszu ubezpieczenia inwalidzkiego, czy też Funduszu ubezp. od wypadków, w razie leczenia skutków wypadku) winny być pokryte koszty leczenia, pielęgnowania itd.

Ustęp 1, 2 i 3 § 62 umożliwia udzielanie pomocy osobnikom nie podlegającym przepisom § 60 (obniżenie zdolności do zarobkowania lub obawa obniżenia). Dalej przewiduje udzielanie zasiłku dla niewidomych lub osobników o bardzo słabym wzroku na pokrycie kosztów opieki osób obcych.

Wysokość sumy, którą może wypłacić Fundusz Ubezpieczenia inwalidzkiego w ciągu jednego roku jest określana przez Ministra Opieki Społecznej.

Ustęp 1 § 63 nakłada na lekarzy praktykujących, a w szpitalach na lekarzy naczelnych, obowiązek zawiadomienia Sądu Ubezpieczenia inwalidzkiego, jeżeli w czasie pełnienia swych czynności zauważą u osób poniżej lat 30 cierpienia, które wywołały lub mogą wywołać w niedalekiej przyszłości obniżenie zdolności do zarobkowania. Ten sam obowiązek ciąży w myśl ust. 2 na szkołach w stosunku do młodzieży szkolnej.

Co do upośledzonych psychicznie, ociemniałych i głuchych obowiązują przepisy ustawy o opiece społecznej (ustęp 3).

Ust. 4 § 63 daje ubezpieczonemu, renciście możność zwrócenia się o pomoc do Sądu ubezpieczenia inwalidzkiego w przypadku, jeżeli zauważy, że jego zdolność do zarobkowania obniżyła się lub może się obniżyć. To samo prawo przysługuje dzieciom do lat 15.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział Lekarski Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

XXXII Zebranie z dnia 12 lutego 1937 roku.

1. *Pokazy:*

Kol. Dreyza: Kanonier K., lat 22. Przybył do VII Szpit. Okręg. dnia 29. VII. 1936 z powodu częstych i silnych krwotoków z nosa, w stanie znacznego wykrwawienia. Po obserwacji stwierdzono: *endocarditis lenta* (z posiewu krwi wyhodowano *streptococcus viridans* (Schottmüller)). Początkowe leczenie: tran, witaminy, phosphit, chlorek wapnia dożylnie oraz neosalutan w ogólnej ilości 1,5 g w przeciągu 3 tygodni. Stan chorego w tym czasie uległ raczej pogorszeniu. Chory silnie osłabiony, nie wstaje, wybroczyny na skórze i błonach śluzowych coraz gęstsze i liczniejsze połączone z podwyżkami ciepłoty i dreszczami, często krwawienia z nosa oraz krwiomocz. Śledziona duża, bolesna. W końcu listopada 1936 r. na zlecenie doc. dr Kucharskiego zastosowano leczenie Septazyną „Spiess" w ilości 4 tabletek na dobę. Prócz tego chory otrzymywał Redoxon „Roche" w ilości 50 mg w zastrzykach, później doustnie. Już po stosunkowo krótkim czasie stan zaczął się poprawiać. Ustąpił zupełnie krwiomocz, śledziona wybitnie się zmniejszyła, wybroczynki występowały coraz rzadziej, w końcu zupełnie ustąpiły. Samopoczucie chorego o wiele lepsze, przybrał na wadze 11 kg. Mniej więcej w połowie stycznia br. kilkudniowa przerwa w podawaniu Septazyny spowodowała ponowne wystąpienie wybroczynek i częściowe pogorszenie stanu. Obraz krwi początkowy (dnia 29. VIII. 1936): Hb. 73%, cz. ciałek 3,270.000, wskaźnik 1,1; przed podaniem Septazyny dnia 17. XI. 1936: Hb. 66%, ciałek czerw. 4,140.000, wskaźnik 0,8. Dnia 9. XII. 1936, po kilku dniach podawania Septazyny: Hb. 84%, ciałek czerw. 4,300.000, wskaźnik 1. Opadanie krwi z 125 na min. po godz. wg Westergreena poprawiło się o 5 na min. dnia 5. II. 1937. Czas krwawienia z 11 min. dnia 29. VIII. 1936 oraz z 25 min. 30 sek. dnia 17. XI. 1936 poprawił się na 5 min. 30 sek. dnia 29. XII. 1936 i na 3 min. dnia 8. II. 1937.

Rozprawy:

Kol. Hoffman (członek Wydziału): Chory był przedstawiony na wykładzie słuchaczom medycyny, jako typowy obraz *endocarditis lenta*, gdyż był stwierdzony cały zespół objawów, a mianowicie: zmiany w sercu (szmer skurczowy i przerost prawej komory), znaczne powiększenie śledziony, liczne skórne wybroczyny, stan podgorączkowy i ostatecznie obecność we krwi paciorkowca zieleniejącego. Na podstawie tego rokowanie złe. Obecnie przekonywujemy się, że po leczeniu septazyną wszystkie te objawy ustąpiły i możliwe jest wyzdrowienie.

Kol. Lubieniecki (członek Wydziału): U chorego, równolegle z ogólnym polepszeniem, zaznaczyło się wybitne zmniejszenie śledziony.

Kol. Kucharski (członek Wydziału) dodaje, że podawano mu również Redoxon (witaminę C), by podnieść siły odpornościowe.

2. *Wykład:*

Kol. Kucharski (członek Wydziału): *„Lecznicze działanie związków chemicznych zawierających grupę paraaminobenzenosulfamidową* (prontosil, septazyna, antystreptyna)".

Prelegent omawia pokrótce historię wytworzenia prontosilu przez Mietscha i Klarera i wprowadzenie go do lecznictwa przez Domagka, podkreślając znaczenie w tym kierunku prac krakowskiego bakteriologa Eisenberga. Prace Domagka zostały rozwinięte przez prof. Forneau i jego uczniów, którzy wykazali, że czynnym jądrem prontosilu jest pierścień paraaminobenzenosulfamidowy. Prace kliniczne prelegenta obejmują doświadczenia lecznicze z prontosilem, septazyną i antystreptyną. Oba ostatnie preparaty wytwarzane są w Polsce i są w odróżnieniu od prontosilu bezbarwne. Doświadczenia obejmują z górą 200 przypadków chorób leczonych tymi środkami. Środki te okazały się skuteczne w leczeniu róży, zapalenia miedniczek nerkowych, płonicy, zapalenia gardła, czyraczności, korzystne pomocnicze działanie wykazały w przypadkach ropni, ropowic, w różnych ropnych cierpieniach otorynolaryngologicznych. Ubocznych niekorzystnych działań środki te zasadniczo nie wywoływały, w niektórych przypadkach spostrzegano tylko nudności. Leczniczej różnicy wszystkie omawiane środki między sobą nie wykazały. Dowodzi to, że istotnie paraaminobenzenosulfamid jest ciałem czynnym. Zdaniem prelegenta wyniki lecznicze zależą: 1) od wczesnego podania leku, 2) dostatecznej dawki od początku (6 pastylek dziennie), 3) kontynuowania podawania leku po ustąpieniu ostrych objawów (4—2 pastylek dziennie). Prelegent przytacza szereg danych na to, że leki te działają przez osłabienie sił żywotnych bakterii, a nie przez wzmożenie sił odpornościowych chorego ustroju. Ze względu na to, że septazyna i antystreptyna są ciałami bezbarwnymi, wyrabiane są w kraju i są pełnowartościowe, jedynie te leki powinny być zapisywane przez lekarza polskiego.

Rozprawa:

Kol. Padlewski: To, co usłyszeliśmy, jest pocieszającym zjawiskiem, jest bowiem dowodem, że chemoterapia przy zakażeniach bakteryjnych ruszyła z miejsca i rokowania zapowiadają się pomyślnie. Zdaje się jednak, że lepiej być na razie powściągliwym w ocenie skuteczności środków, o których była mowa, aby się uchronić od przykrych rozczarowań, jakie mogłyby nas spotkać. Już zjawiają się coraz to nowsze pochodne chryzoidyny rzekomo skuteczniejsze od poprzednich, jak np. dodanie do prontosilu (franc. „rubiazolu") grupy karboksylowej (HOOC) ma jakoby znacznie wzmagać bakteriobójcze działanie. Ponieważ sprawa staje się modna, ukaże się niewątpliwie szereg nowych preparatów, jeden rzekomo skuteczniejszy od drugiego, jak to bywa wówczas, gdy zawodzą pokładane nadzieje. Przecież tak było z solami złota i wielu innymi preparatami.

Sądzę dalej, że wnioskować z obrachowań statystycznych można wtedy, jeżeli liczbowo przedstawiają się one znacznie, zwłaszcza kiedy mówimy o odsetkach, co zresztą zaznacza prelegent.

Nie mogę się zgodzić z poglądem, że prontosil itp. działa w ustroju bezpośrednio na bakterie, jakkolwiek takie poglądy wygłaszane są przez niektórych autorów. Spostrzeżenia większości badaczy powinny nas skłonić do uznania działania chemoterapeutycznych środków pośrednio przez ustrój (układ siateczkowo-śródbłonkowy).

Poparcie wniosku przez powołanie się prelegenta na odporność trwałą po samoistnym jakoby wyzdrowieniu po zakażeniu kiłą i brak odporności po kile wyleczonej uważam za wręcz nietrafne. Nie wchodząc w ocenę rzekomo samouleczalnych przypadków kiły zaznaczę, że tak zwana odporność przy kile, jak i odporność przeciwgruźlicza, należy do rzędu zjawisk „odporności zakażonego" czyli „wśródzakaźnej", ustępującej po zniszczeniu zarazka w ustroju. A więc w jaki sposób ta „odporność" może potwierdzać tezę prelegenta? Gdzie tu analogia?

Z ciekawością będziemy oczekiwali dalszych wyników pracy.

Kol. Danielewski (członek Wydziału): Na Oddziale Zakaźnym Szpitala Miejskiego stosujemy od dłuższego czasu prontosil i antystreptynę w przypadkach róży i płonicy. Co do róży, to stwierdzono po 2—3 dniach spadek ciepłoty do normy, jednak stan miejscowy pozostał przez dłuższy czas prawie bez zmian. Szczególnie długo utrzymywał się obrzęk.

W przypadkach płonicy, w których podawano jeden z wyżej wymienionych środków, nie zauważono korzystniejszego wpływu na przebieg choroby.

Kol. Kucharski (członek Wydziału): Prelegent dziękuje prof. Padlewskiemu za szereg cennych uwag ogólnych i jeszcze raz kładzie, ze względu na terapię, nacisk na słuszność swego poglądu, że leki te osłabiają bakterie i bezpośrednio nie wzmacniają chorego ustroju. W spostrzeganych przez siebie przypadkach róży stwierdził kol. K. już w czasie podawania leku zatrzymanie się i nawet cofanie się zapalenia skóry, natomiast ustąpienie zupełne zmian anatomicznych z naturalnych przyczyn możliwe było dopiero po spadku gorączki.

Prezes: *W. Kapuściński.*
Sekretarz: *K. Stojałowski.*

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia z dnia 2 czerwca 1937 roku.
Przewodniczący: Prezes prof. Oszacki.

Prezes otwiera posiedzenie i odczytuje list od prof. Needhama.

Dr Hirsch *przedstawia przypadek photodermatosis chronica.*

Chora, lat 21, zgłosiła się przed 2 tygodniami na Oddział V Szpitala św. Łazarza (ambulatorium) z powodu zmian na skórze twarzy, kończyn górnych i dolnych, które w znacznym stopniu powodują pewne oszpecenie, poza tym wywołują znaczny świąd. Chora podaje, że zmiany te pojawiają się od 16 roku życia corocznie na wiosnę, w marcu. Zmiany te nasilają się, osiągając maksymum w czerwcu i lipcu, po czym stopniowo się cofają. W listopadzie-grudniu skóra staje się całkiem normalna, wszystkie zmiany bez śladu znikają, tak samo znika świąd.

Poza tym nie chorowała nigdy poważniej. Ma jednego młodszego brata zupełnie zdrowego, matka żyje, zdrowa, ojciec zginął na wojnie. Pierwsza miesiączka dopiero w 18 roku życia. Miesiączki nie zawsze są regularne. Zdarzają się nierzadko przerwy, dłuższe okresy bezmiesiączkowe.

Badanie przedmiotowe stwierdza u chorej zmiany w postaci płasko-wyniosłych czerwonych wykwitów, wielkości od soczewicy do 10-groszówki, umiejscowionych na skórze twarzy w okolicy kości jarzmowych, końca nosa i w otoczeniu ust. Miejscami wykwity zlewają się ze sobą. Powierzchnia miejscami tylko pokryta drobnymi łuseczkami i strupkami. Na kończynach wykwity są mniejsze, mają charakter bardziej zbitych (solidnych) guzków. Są bardziej rozrzucone. Liczne ślady drapania. W obrazie klinicznym podkreślić należy usadowienie się zmian skórnych w miejscach narażonych najsilniej na działanie promieni słonecznych, a więc na twarzy i na kończynach.

Badanie moczu, krwi i narządów wewnętrznych nie stwierdziło żadnych zmian chorobowych. Próby tuberkulinowe ujemne. Badanie histologiczne wycinka skóry zmienionej stwierdza dość znaczne nacieki okrągłokomórkowe w warstwie skóry właściwej i pewne zmiany w naskórku w postaci wakuolizacji.

Z całości obrazu klinicznego, jak i bardzo charakterystycznych wywiadów wynika, że jest to przypadek, należący do grupy fotodermatoz przewlekłych. Pierwszy zwrócił uwagę na tę grupę chorób Hutchinson, opisując szereg przypadków pod nazwą *Sommerprurigo.* W odróżnieniu od *hydroa aestivalis* Bazina, nie znajdowano w tych przypadkach żadnej substancji uczulającej, żadnego fotosensibilizatora, jakim jest tam hematoporfiryna (lub inna porfiryna). Mimo, że obraz chorobowy *hydroa aestivalis* został skreślony bardzo wyraźnie jeszcze przez Bazina w 1862 r., badania znaczenia porfiryn w powstawaniu zmian skórnych są znacznie późniejszej daty i niestety jeszcze nawet dziś nie są w zupełności zakończone. Decydującymi były badania Hausmana (1908 r.), który wstrzykiwał białym myszom hematoporfirynę i następnie naświetlał promieniami pozafiołkowymi. Zależnie przede wszystkim od intensywności naświetlania uzyskiwał różne objawy chorobowe. A ponieważ stwierdzono (przynajmniej u dość wielu chorych) większą ilość porfiryn w moczu w przypadkach *hydroa vacciniforme,* dalszym krokiem było powiązanie faktów (Ebrman). Nie zabrakło nawet doświadczenia ludzkiego, na sobie, Mayer-Betz wstrzyknął sobie 0,2 hematoporfiryny, a następnie naświetlał przedramię lampą Finsena; skutki były dość poważne, długotrwałe owrzodzenie i wybroczyny krwawe, rozlane zmiany na skórze twarzy, które się pojawiły pod wpływem światła dziennego. W tym samym kierunku szły obserwacje przypadków, gdzie pod wpływem zażywania luminalu lub sulfonalu przyszło do zmian skórnych przypominających *hydroa* i zarazem do zwiększenia hematoporfiryny.

Inną grupę stanowią fotodermatozy przewlekłe, do których należy nasz przypadek. Tutaj nie dało się na razie wyodrębnić żadnej substancji uczulającej. W naszym przypadku nie mogliśmy jeszcze na razie stwierdzić, czy w moczu jest jakaś porfiryna (przyczyny natury technicznej).

O szczególnej wrażliwości skóry na promienie pozafiołkowe świadczy następujące doświadczenie: po naświetlaniu skóry grzbietu naszej chorej lampą kwarcową (po II naświetlaniu 15 min. z odległości 1 m) wystąpił odczyn skóry, który należy nazwać „izomorficznym". W odróżnieniu bowiem od typowego odczynu zapalnego w postaci rozlanego zaczerwienienia, obrzęku, pojawiły się drobne guzki czerwone, przypominające wyglądem istniejące już guzki na kończynach i twarzy.

W rozpoznaniu różniczkowym podać należy, że u naszej chorej zmiany wystąpiły dopiero w 16 roku życia, że jest płci żeńskiej, że nie ma żadnych zmian w postaci pęcherzy, które goją się z pozostawieniem blizny. W *hydroa vacciniforme* zmiany występują natomiast we wczesnym bardzo dzieciństwie, dotyczą niemal wyłącznie chłopców i w obrazie klinicznym są charakterystyczne pęcherze i blizny.

Również od liszaja rumieńcowego (*lupus erythematodes*) odróżnić należy nasz przypadek. Charakter wykwitów, cofanie się zupełne w zimie, badanie histologiczne i badanie odczynów tuberkulinowych pozwalają łatwo na wykluczenie liszaja rumieńcowego (streszczenie własne).

W dyskusji prof. Oszacki: pokazany przypadek przypomina wypadki owrzodzeń skórnych, spostrzegane podczas wojny przy naświetlaniu słońcem lub lampą kwarcową u ludzi źle odżywionych. Zmiany te uważano za awitaminozy. Substancje uczulające na światło mają niejednokrotnie własności hemolityczne. Także sulfhemoglobina ma własność uczulania na światło. Powstaje ona w przewodzie pokarmowym, gdyż tylko tutaj istnieje wystarczające stężenie H_2S, by mogła powstać sulfhemoglobina.

Dr Szczeklik *wygłosił odczyt pt.: „O rodzajach uszkodzeń serca w błonicy* (całość ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Kostrzewski: Błonica w ostatnich dziesiątkach ubiegłego stulecia miała inne oblicze, niż dziś. Wtedy występowała często jako dławiec, jak tego dowodzą różne statystyki, także i krakowska. Dziś, ogólnie biorąc, błonica występuje najczęściej w postaci jadzicowej. Dawniej błonica dusiła, dziś zatruwa mięsień sercowy i układ naczyniowy. Dlatego obserwowanie Ekg w przypadkach błonicy ma dziś duże znaczenie. Dziś u dzieci niekiedy trudno rozpoznać błonicę: nie ma jeszcze zmian miejscowych, a kliniczne objawy jadzicy są już zaznaczone i śmierć może wystąpić w 48—72 godzin. Często po podaniu surowicy znikają błony, jednak jest bladość, szybkie tętno i sprawa kończy się śmiercią do kilku godzin lub dni. Dziś, ogólnie mówiąc, błonica ma oblicze nie duszące, lecz trujące i dlatego badania elektrokardiograficzne są bardzo ważne.

Prof. Oszacki: Badanie Ekg jest ważne z dwóch powodów: 1) gdy chodzi o rokowanie, 2) daje ono wgląd, kiedy sprawa w sercu się kończy. Niektóre choroby zakaźne mogą w charakterystyczny sposób atakować serce. Chory może nie mieć żadnych dolegliwości, jednak Ekg zmiany wykazuje, które mogą trwać 1½ roku i dłużej. W dużej większości przypadków zmiany te są zwrotne. Jeśli chodzi o sposób atakowania serca, to najpierw atakowane jest serce prawe. Z tym łączą się złe rokowania w przypadkach dekstrogramu: występują warunki większej pracy dla prawego serca, hipertonia płucna. W przypadkach błonicy trudno przypuścić, żeby chodziło o hipertonię

płucną. Prawdopodobnie zachodzi w błonicy zmniejszenie potencjału w krążeniu małym, stąd rozprzestrzenienie zmian z prawego serca na lewe i złe rokowanie pochodzi od przewagi prawego serca nad lewym. Co się tyczy omawianego przypadku prof. Oszacki nie sądzi, że został tu zaatakowany nerw błędny. Wprawdzie po zastosowaniu atropiny objawy chorobowe ustąpiły, jednak to nie upoważnia jeszcze do przyjęcia zmian w n. błędnym, nawet w przypadku porażenia podniebienia miękkiego. Układ wegetatywny nie jest nigdzie jednostką anatomiczną. Jeżeli pomyślimy, że jad atakuje biochemicznie pewną część nerwu błędnego, do którego ma powinowactwo, wtedy także w innych narządach zaopatrywanych przez nerw błędny, winnyby wystąpić zmiany. Brak takich zmian w danym przypadku świadczy o tym, że został zaatakowany nie nerw błędny, ale jeden z jego „odbiorców", to jest serce.

Sekretarz: *E. Schlönvogt.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 26 maja 1936 roku.

Kol. Mackiewicz St.: *„Przypadek padaczki myoklonicznej"*. (Pokaz. Streszczenie własne).

Chora ma 13 lat. Choroba rozpoczęła się w końcu stycznia br. mimowolnymi ruchami głową ku przodowi, bardzo szybkimi, powtarzającymi się co kilkanaście minut w ciągu kilku godzin dziennie. Sprawiało to wrażenie pochylania głowy, jak przy zasypianiu w pozycji siedzącej. Po dwóch tygodniach wystąpił napad Jacksonowski z utratą przytomności, a następnie ogólne napady padaczkowe na zmianę z Jacksonowskimi. Przed wybuchem choroby czuła się dobrze, źle się tylko uczyła. Chorowała na odrę, płonicę, zapalenie płuc. Rozwijała się prawidłowo. Nie miesiączkuje. Rodzice zdrowi; ma jedną zdrową siostrę.

Badanie za pierwszym pobytem w Klinice Neurologicznej U. J. P. (od dnia 25 lutego do dnia 13 marca br.) nie wykazało żadnych zmian neurologicznych poza żywszym prawym odruchem kolanowym i może nieco żywszymi odruchami ścięgnisto-okostnowymi prawej kończyny górnej. Miała kilka napadów do chwili zastosowania odmy mózgowej. Nakłucie lędźwiowe wykazało ciśnienie płynu w pozycji siedzącej 200, wzmożenie globulin i minimalne zwiększenie ilości białka (0,49‰), zresztą płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian. Po odmie napady ustąpiły zupełnie. Chora otrzymywała małe dawki luminalu i w ciągu miesiąca po opuszczeniu Kliniki czuła się dobrze.

Po miesiącu zauważono, że w czasie chodzenia co kilkanaście kroków wykonywa nagłe dygnięcie, a wkrótce potem wystąpiły mimowolne szybkie ruchy pochylania głowy, niepokój ruchowy w kończynach górnych i dolnych. Po powtórnym przybyciu chorej do Kliniki w dniu 20 bm. przedmiotowy stan neurologiczny, jak poprzednio, a poza tym wyraźne myoklonie, czasem tylko prawostronne, czasem symetryczne. Ruchy najczęściej polegają na przywodzeniu barków, przechylaniu głowy ku przodowi, przywodzeniu ud, zginaniu lub wyprostowywaniu palców, zginaniu ud, palców stóp, prócz palucha, który jest w ułożeniu wyprostnym. Bodźce słuchowe nie wywołują myoklonii.

Znamy trzy typy myoklonij padaczkowych: 1) *myoclonia epileptica intermittens* (Lundborg), 2) *myoclonia epileptica partialis continua* (Kożewnikow), 3) *myoclonia epileptica progressiva* (Unverricht). Ze względu na to, że myoklonie w tym przypadku obejmują rozrzucone grupy mięśniowe, a nie dotyczą tylko jednej grupy, jak w typie Kożewnikowa, musimy brać pod uwagę tylko typ Lundborga i Unverrichta. Na razie ze względu na krótki okres trwania choroby trudno rozstrzygnąć z całą pewnością, czy stan obecny chorej zakończy się napadem padaczkowym, który przerwie występowanie myoklonij (jak w typie Lundborga), czy też myoklonie pozostaną jako objaw stały, by po dłuższym czasie trwania wejść w okres końcowy z narastającymi objawami organicznymi i psychicznymi.

Kol. Landau A., członek T-wa, *wygłosił odczyt pt.: Badanie kliniczne zapalenia płuc* (na podstawie badań dokonanych wraz z mgr chemii T. Zyngerówną).

Rozprawy:

Kol. Moczarski W., członek T-wa, podaje, że według uczonego rumuńskiego Petrescu w zapaleniu płuc stosujemy naparstnicę, a nie korzeń wymiotnicy; naparstnica w zapaleniu płuc daje lepsze wyniki. Starano się różnie tłumaczyć to działanie. Wskutek zaburzenia w krążeniu małym mniejsza ilość krwi przepływa przez dany odcinek płuc w jednostce czasu, zmniejsza się więc również ciśnienie krwi. Wyjaśnienie to zgadzałoby się z wywodami prelegenta, gdyż krew miałaby czas na oddanie swej zawartości tlenu.

Kol. Roguski J., członek T-wa, na podstawie wypowiedzianych przez prelegenta danych, przypuszcza, że prelegent zapalenie płuc uważa za kwasicę niegazową. Jednym z dowodów, przytaczanych przez prelegenta, jest niski poziom CO_2. Wiadomo, że hiperwentylacja, istniejąca w zapaleniu płuc, sprzyja powstawaniu hipokapnii. Słusznie też prelegent omawiał możliwość istnienia alkalozy gazowej, jednak w dalszym ciągu swego referatu przypuszczenie to odrzucił. Danymi przemawiającymi za istnieniem kwasicy niegazowej jest zwiększenie się zawartości kwasu mlekowego tak we krwi żylnej, jak i tętniczej. Całkowity jednak spokój w czasie badania chorych na zapalenie płuc jest trudny do osiągnięcia ze względu na głęboką czynność oddechową. Gdybyśmy sobie zadali pracę tak częstego i głębokiego oddychania, do jakiego zmuszeni są chorzy na zapalenie płuc, to moglibyśmy stwierdzić wzmożenie się zawartości kwasu mlekowego we krwi. Liczby prelegenta należało by oświetlić z tego właśnie punktu widzenia. Nie mogą one być dowodem wystarczającym dla stwierdzenia hipokapnii. Wzrost zatem kwasu mlekowego nie przemawia za istnieniem kwasicy niegazowej.

Zmniejszenie się różnicy tętniczo-żylnej w zawartości tlenu jest możliwe wskutek zwiększenia się szybkości krwi w naczyniach włosowatych i niemożności oddawania tlenu tkankom. Druga możliwość, to wysunięte przez prelegenta negatywne ustosunkowanie się tkanek do tlenu. Trzecia, nieuwzględniona przez prelegenta możliwość, to podniesienie się krzywej dysocjacji tlenu w obrębie tkanek. To podniesienie się krzywej dysocjacji przemawiałoby raczej za alkalozą gazową, co pociąga za sobą utrudnienie oddawania tlenu tkankom.

Mówca przytacza ze swej pracy przypadek ostrego zatrucia kwasem barbiturowym, w którym stwierdzono wysoki poziom kwasu mlekowego, w okresie śpiączki. Po paru dniach mimo wywiązania się odoskrzelowego zapalenia płuc, które doprowadziło do zejścia śmiertelnego, poziom kwasu mlekowego we krwi uległ obniżeniu, co przeczyło by przypuszczeniom prelegenta.

Kol. Fidlerowi, na podstawie usłyszanego odczytu, wydaje się, że prelegent ujmuje fizjopatogenezę zapalenia płuc jako zatrucie cytochromu. Mielibyśmy do czynienia ze sprawą, toczącą się w tkankach wtórnie, wskutek czego tkanki nie odbierają należycie tlenu, przyniesionego przez krew. Tezy tej jest trudno bronić. Prelegent oświadczył, że zatrzymywanie tlenu w tkankach przez komórki i wychwytywanie go jest upośledzone, a z drugiej strony oddawanie tlenu tkankom jest wzmożone. Mówca nie godzi się z tym, że zatrucie w zapaleniu płuc odbija się na tkankach i powoduje tym proces chorobowy. Należało by zacząć badanie od przemiany gazowej ustroju. Na dowód istnienia zaburzeń w przemianie gazowej referent przytoczył dane zawartości tlenu we krwi tętniczej. Na podstawie tych danych dochodzi do wniosku, że jest ono spowodowane gorszym przenikaniem gazów w płucach. Rozumowanie takie jest słuszne, jeżeli nie bierze się pod uwagę tych czynników, które istnieją we krwi, a przede wszystkim znajdujących się w hemoglobinie i jeżeli nie bierze się pod uwagę, że zaburzenia w zmienionym utlenianiu krwi tętniczej mogą zależeć od obniżenia krzywej dysocjacji. Jeżeli ta ulegnie obniżeniu, będziemy mieli do czynienia z obniżeniem się zawartości tlenu we krwi tętniczej, a według danych, wynikających z prac kol. Glassa, cząsteczka hemoglobiny jest zmienna i możemy mieć do czynienia ze zmianą punktów izoelektrycznych wszelkiego rodzaju białka. Gdyby przyjąć, że sąd prelegenta o kwasicy w zapaleniu płuc jest słuszny, to jeszcze jaskrawiej posłużyłoby to za dowód, że właśnie obniżenie tlenu we krwi tętniczej może być spowodowane obniżeniem się krzywej dysocjacji. Jeżeli wyjdziemy z założenia, że mamy do czynienia z obniżeniem się krzywej dysocjacji i że utlenianie hemoglobiny zależy od samej hemoglobiny, a nie od zdolności tkanki płucnej przepuszczania gazów, to trzeba by przyjąć mechanizm różny. Należało by przyjąć, że głównym czynnikiem jest przyspieszenie czynności serca, albo zwiększenie wychwytywania tlenu z tkanek. Na podstawie danych prelegenta trudno było by orzec, z jakim zjawiskiem mamy do czynienia. Kol. Roguski, według mówcy słusznie podkreślił, że fakt stwierdzenia kwasu mlekowego we krwi nie może być rzucony na szalę dla stwierdzenia, że mamy do czynienia z kwasicą.

Kol. Apfelbaum E. uważa, że w zapaleniu płuc decyduje wymiana gazów. Początek tej nauce dali v. Slycke i Steady. Ostatni na podstawie 61 przypadków zapalenia płuc, wśród których było wiele przypadków odoskrzelowego, a przeważnie płatowego zapalenia płuc, doszedł do innych wyników.

Nasycenie krwi tętniczej jest tym czynnikiem, który decyduje o życiu chorego. Steady podaje, że 95% nasycenia posiada krew tętnicza człowieka zdrowego, krążąca w sposób zwykły. Gdy zamiast 95% krew tętnicza ma 63% nasycenia tlenem, to przypadki te kończą się zwykle śmiertelnie. Przy 75% nasycenia mamy zatrucie mięśnia sercowego, serce traci możność zwiększenia pojemności rzutowej. Prelegent nie udowodnił tego, co powiedział, że praca rzutowa serca zwiększa się. — Prelegent podkreślił słusznie, że w płatowym zapaleniu płuc nie spotykamy się częściej z sinicą, niż w zapaleniu płuc odoskrzelowym. U chorego z płatowym zapaleniem płuc w okresie zwątrobienia krew nie dochodzi do naczyń włosowatych, pomimo to sinica nie występuje, gdyż krew przechodzi przez zdrowe odcinki płuc i tam nasyca się tlenem. Inaczej się dzieje, gdy tylko część krwi ulega utlenieniu. Wynika stąd, że im nacieczenie (zwątrobienie) płuc jest większe, tym lepsze powinniśmy otrzymać warunki w odcinkach zdrowych, gdyż przez odcinki chore krew nie przechodzi. To czyni rokowanie lepszym.

Mówca nie zgadza się z prelegentem, ani z przedmówcami co do kwasicy gazowej. Nie można mówić w tym wypadku ani o kwasicy ani o alkalozie gazowej, gdyż mamy nakładanie się wielu czynników. W zapaleniu płuc wymiana CO_2 jest łatwa. Kwasicę gazową spotykamy w szeregu innych chorób płucnych.

Trzeci czynnik, jak wspomina mówca, wyświetlił kol. Roguski. Wytwarzanie się kwasu mlekowego jest zjawiskiem w pewnych warunkach pożytecznym, np. gdy chodzi o zjawiska beztlenowe. Mówca, poruszając zagadnienie wymiany gazowej pod kątem zaburzeń w układzie krążenia, uważa, że zagadnienie zaburzeń w układzie krążenia nie może nam dać głębszych wniosków, gdyż na wymianę gazów w płucach wpływa różny stopień przekrwienia biernego w tym narządzie, w zależności od stopnia niewyrównania układu krążenia.

Kol. Landau A., członek T-wa, na uwagę kol. Roguskiego odpowiada, że chodzi mu o fakt, iż chory leżący w łóżku ma wzmożoną ilość kwasu mlekowego we krwi. W badaniach prelegenta okazało się, że pH jest obniżone we krwi żylnej i tętniczej, co wskazywałoby na to, iż mamy do czynienia z kwasicą niegazową. Prelegent uważa, że nie przedstawia to żadnych wątpliwości.

W odpowiedzi kol. Fidlerowi, który wspomniał, że jakoby prelegent miał powiedzieć, iż w zapaleniu płuc sprawa polega na zaburzeniach cytochromu tkankowego, kol. Landau podkreśla, że zaburzenia te stwierdził tylko w połowie przypadków. Punkt ciężkości, według prelegenta, tkwi w płucach, a dopiero wszystkie inne zaburzenia obracają się dokoła tego jądra. Obniżenie krzywej dysocjacji odgrywa nieznaczną rolę, jak to wynika z badań Barcrofta, przeprowadzonych na wysokościach górskich. Badania kol. Glassa, na które powołał się kol. Fidler, posiadają wartość względną, gdyż zostały wykonane na rozpuszczonych krwinkach czerwonych, w których prócz hemoglobiny, bierze udział białko zrębu krwinek czerwonych, wchodzą w grę również aniony i kationy osocza oraz jego białka; nie można więc punktu izoelektrycznego rozpuszczonych krwinek utożsamiać z punktem izoelektrycznym hemoglobiny.

Na zarzut czyniony przez kol. Apfelbauma, że nie została oznaczona przemiana, prelegent odpowiada, że w okresie gorączkowym u chorego jest to niemożliwe. Ważne dane uzyskać by można przez oznaczanie rzutu minutowego serca, lecz oznaczeń tych w zapaleniu płuc nie mamy. Gorączka prowadzi do wzmożenia wartości przemiany podstawowej, co obciąża w znacznym stopniu układ krążenia. Wreszcie prelegent oświadcza, że w sprawie, czy mamy do czynienia z kwasicą niegazową, czy z alkalozą gazową opierał się na faktach swej pracy.

Prezes: *Józef Skłodowski.*

Zastępca sekretarza dorocznego: *Stanisław Fiis.*

OD REDAKCJI.

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku składa Redakcja Polskiej Gazety Lekarskiej wszystkim Współpracownikom i Czytelnikom najlepsze życzenia i wyraża nadzieję, że dalsza współpraca przyczyni się do krzewienia nauki i opartego na trwałych podstawach postępu.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr Ludwik Babiak został mianowany naczelnym lekarzem miejskim m. st. Poznania na miejsce dra Tadeusza Szulca, który ustąpił z tego stanowiska z dniem 30. IX. 1937.

Dr Alfred Barlik objął z dniem 29. X. br. kierownictwo Szpitala Hutniczego w Piaśnikach na Górnym Śląsku.

Dr Paweł Chojnacki objął stanowisko ordynatora Oddziału Ocznego w Szpitalu Miejskim w Bydgoszczy.

Doc. dr Wiktor Dega został mianowany z dniem 1. XI. 1937 ordynatorem Oddziału Ortopedycznego Szpitala Miejskiego w Bydgoszczy.

Doc. dr Stefan Łukasz Kwiatkowski, adiunkt Kliniki Dermatologicznej U. J. K. we Lwowie, został mianowany członkiem-korespondentem zagranicznym Królewskiej Akademii Medycyny w Turynie.

Różne.

Z kraju.

Redakcja „Nowin Społeczno-Lekarskich" w nr 23, 1937 poświęciła wiele miejsca i uwagi sprawie zamierzonego wydawania przez Naczelną Izbę Lekarską nowego pisma ogólnego p. n. Polski Tygodnik Lekarski. Inicjatywa N. I. L., jak wiemy z poprzednich licznych doniesień w Pol. Gaz. Lek., spotkała się ze stanowczym sprzeciwem polskiego świata lekarskiego. W obszernym artykule zamieszczonym w „Nowinach Społeczno-Lekarskich" zobrazowano stanowisko i dotychczasową akcję polskiego świata lekarskiego: stanowisko licznych towarzystw naukowych lekarskich i redakcyj fachowych pism lekarskich jest najzupełniej nieprzychylne stwarzaniu nowego ogólnego pisma lekarskiego, a akcja ich zdąża do tego, by odpowiednie czynniki wpłynęły koniecznie na zaniechanie nowego wydawnictwa. Inicjatywa zatem N. I. L., jak to zdaje się z dotychczasowych głosów wynikać, będzie musiała być zaniechana, gdyż nowe wydawnictwo więcej przyniosłoby szkody, niż pożytku polskiemu światu lekarskiemu i polskiej naukowej prasie lekarskiej.

W sprawie zamierzonego nowego wydawnictwa zamieściły również ostatnio „Nowiny Lekarskie" wspólne pismo Tow. Lek. Krak. i Lwowskiego do N. I. L. pod tytułem: „Stanowisko lekarskich towarzystw naukowych w sprawie Polskiego Tygodnika Lekarskiego".

W pierwszych dniach grudnia zakończył się w Państwowej Szkole Higieny 3-tygodniowy kurs dla lekarzy ośrodków zdrowia, w którym wzięło udział 40 lekarzy przybyłych ze wszystkich województw Polski. Był to dziesiąty z rzędu kurs tego rodzaju, zorganizowany w Państwowej Szkole Higieny, w celu szczególnego przygotowania lekarzy do pracy w miejskich i wiejskich ośrodkach zdrowia, których sieć pragnie Ministerstwo Opieki Społecznej roztoczyć na całe Państwo.

Ministerstwo Opieki Społecznej zarządziło przeprowadzenie do dnia 1 grudnia br. w całym kraju rejestracji wszystkich pracowni chemiczno-bakteriologicznych, wykonywujących badania dla celów diagnostyki lekarskiej, z wyjątkiem podręcznych pracowni analitycznych przy gabinetach lekarzy praktykujących oraz pracowni analitycznych przy aptekach. Rejestracja ta miała się odbyć pod osobistą odpowiedzialnością lekarzy powiatowych.

W Gdańsku wprowadzono ustawę sterylizacyjną; o potrzebie sterylizacji w danym wypadku rozstrzyga tzw. sąd zdrowia publicznego; od orzeczeń tego można apelować do tzw. najwyższego sądu zdrowia publicznego.

W październiku br. przywieziono do Polski środków farmaceutycznych, opatrunkowych i lekarstw w ilości 24 ton, a kwota wydana na te środki wyniosła 708.000 zł. (W. St. Z. 32. 1937).

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.